ROCZNIK
PSYCHIATRYCZNY
Organ Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

Rok XXVII 1949 Tom 37 Nr 2/3

Ś. P. JAN MAZURKIEWICZ

W październiku 1947 r. zmarł ś. p. prof. *Jan Mazurkiewicz*. W tym dniu psychiatria polska straciła jednego ze swych najznakomitszych przedstawicieli.

Od najwcześniejszych lat działalności psychiatrycznej, aż po dzień śmierci przejawiał prof. *Mazurkiewicz* najprawdziwsze i najgłębsze dążenie naukowego poznania czynności psychicznych i ich zaburzeń. Po pierwszych pracach klinicznych, które pisał, jakgdyby badając poszczególne zagadnienia w psychiatrii, zwrócił się prof. *Mazurkiewicz* zdecydowanie ku kierunkowi dynamicznemu, szukając przede wszystkm jego podstaw neurofizjologicznych.

Systematyczną, długotrwałą pracą osiągnął możliwie doskonałe poznanie dawnych i ostatnich zdobyczy wiedzy. Wybitną i głęboką inteligencją opracował swe zagadnienia i, zestawiając je z wynikami innych badaczy, zawsze dążył do syntetycznego ujęcia przejawów psychicznych i psychopatologicznych.

Nowsze zdobycze neurofizjologii, prace różnych badaczy nad układem wegetatywnym, energetyką układu nerwowego, psychologią itd. — pozwoliły prof. *Mazurkiewiczowi* dokonać całościowego ujęcia funkcyj psychicznych, ujęcia psychofizjologicznego, ewolucyjno - dyssolucyjnego.

W współczesnej psychiatrii prace te — wynik całożyciowych obserwacyj, doświadczeń i wiedzy stanowią poważny wkład do nauki.

Poza pracą naukową i pedagogiczną prof. *Mazurkiewicz* nie szczędził czasu ani sił w swej działalności na różnych zaszczytnych stanowiskach. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, którego prezesem był aż do śmierci, zawdzięcza Mu szczególnie należyty rozwój i poziom. Tutaj skupiali się

Adres Redakcji: J. HANDELSMAN p. Pruszków, Szpital Tworki

Wydawca: LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY
Warszawa, ul. Chocimska 22

Prenumerata kwartalna 400 zł.
Prenumeratę należy wpłacać przez konto P. K. O. Warszawa I-10996
Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy

17.12.49. B-95136.
Nr zam. 1204, dn. 2.6.49 r. Nakład 2.000 egzeplarzy.

Ludowa Spółdzielnia Wydaw. Druk. nr 1, W-wa, Al. Jerozolimskie 123.

wszyscy, u których żyła myśl psychiatryczna, by razem z Nim rozszerzać zainteresowania i możliwości poznania, by razem tworzyć podstawy wiedzy psychiatrycznej.

I tutaj, i jako redaktor „Rocznika Psychiatrycznego", — prof. *Mazurkiewicz* wykazywał nieprzeciętne wartości charakteru i umysłu, szczytowy poziom tych uczuć wyższych, o których znaczeniu pisał i nauczał.

Dziś Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i zespół redakcyjny „Rocznika Psychiatrycznego" oddają hołd świetlanej pamięci Człowieka, dla którego najcenniejszą wielkością była etyka i prawda.

Ś. P. JAN NELKEN

Po ustąpieniu *Jana Mazurkiewicza* w 1928 r. ze stanowiska redaktora „Rocznika Psychiatrycznego", wybrano na to stanowisko jednego z najwybitniejszych psychiatrów polskich, płk.-lek. *Jana Nelkena* i na tym stanowisku pozostawał on do śmierci. Zasługi jego dla naszego pisma były olbrzymie: przez 11 lat, zredagował 28 tomów „Rocznika", kierował pracami Komitetu Redakcyjnego, prowadził korektę, zasilał pismo wieloma własnym pracami naukowymi, dbał o odpowiedni poziom nadsyłanego materiału naukowego, rozszerzał stopniowo zakres treści zawartej w naszym piśmie, poświęcał stale, zupełnie bezinteresownie wiele czasu na pracę redakcyjną.

Od 1910 r. opublikował kilkadziesiąt prac psychiatrycznych, zwłaszcza w dziedzinie psychoanalizy, alkoholizmu i narkomanii, psychiatrii sądowej i wojskowej, oraz higieny psychicznej, brał bardzo żywy udział na posiedzeniach naszego Towarzystwa i na zjazdach psychiatrycznych.

Zmarł zamordowany przez Niemców w Katyniu.

TADEUSZ BILIKIEWICZ
Z kliniki Psychiatrycznej Akademii Lekarskiej w Gdańsku

PAMIĘĆ I ŚWIADOMOŚĆ

Pamięć jest psychofizyczną zdolnością odnawiania doznanych i utrwalonych impresyj tudzież ich psychicznych przeróbek. Definicja ta jest ogólnikowa, lecz mieści w sobie wszystkie istotne składniki pojęciowe zjawisk pamięci, nad którymi od czasów *Platona* snuto głębokie dociekania. Rozmaite stare ujęcia w nowej terminologii dają niekiedy złudzenie postępu na temat istoty zjawisk pamięci. Koncepcje te da się podzielić na dwie grupy:

1) Jedni filozofowie lub przyrodnicy szukają analogii z naszymi „ludzkimi" przeżyciami pamięciowymi, uważając za podstawę przeważnie doświadczenia introspektywne. Lekceważenie danych introspekcji nie jest słuszne, gdyż spostrzeżenia introspektywne dostarczają nam faktów naukowych, których podstawy empiryczne są co najmniej tak samo pewne, jak podstawy empiryczne spostrzeżeń tzw. obiektywnych. Trudność leży w tym, że spostrzeżenia subiektywne, aby zasłużyły na godność faktów naukowych, powinny być uzgodnione z doświadczeniem obiektywnym. W stosunku do zjawisk pamięci spełnienie tego warunku drogą samej tylko introspekcji jest trudne do osiągnięcia.

2) Druga grupa badaczy szuka analogii ze światem materii martwej, lekceważąc introspekcję. Ta droga nie prowadzi do celu. Ślad stopy ludzkiej w zaschniętym błocie można porównać do engramu. Istota pamięci leży jednak nie tyle w samej impresji, co w ekforii, która jest natury psychicznej. Ślad stopy dopiero wtedy uprawnia do analogii z pamięcią, jeśli „ktoś" na podstawie tej impresji odnowi w sobie wyobrażenie stopy. Tego rodzaju ekforia sprowadza się jednakże znowu do rzędu doświadczeń introspektywnych, nie posuwając mimo pozorów ani o krok naszej wiedzy

o istocie procesów pamięciowych. Pamięć jest zdolnością psychofizyczną. Badania jej natury wiążą się z zagadnieniem psychofizycznym w ogóle. Strona introspekcyjna zjawisk pamięci, po dostatecznym jej zgłębieniu, może być użyta dla kontroli wyników, uzyskanych na drodze bardziej obiektywnej.

Badania poszły drogą biologiczno-fizjologiczną. Pamięć uznano za cechę tkanki żywej, w szczególności tkanki nerwowej — obok głównej cechy, pobudliwości, która w tkance nerwowej zamienia się w przewodnictwo. Pomijając tu uogólnienia wychodzące poza tkankę nerwową, zaznaczyć trzeba, że pobudliwość w ogóle można sprowadzić do funkcyj pamięciowych (*Mazurkiewicz*), gdyż kumulowanie się zmian powstających w tkance lub ośrodku pod wpływem podniety ma wszystkie cechy procesu mnemicznego, mianowicie fazę engrafii (wzmaganie się pobudliwości, kumulowanie energii), fazę utajenia i fazę ekforii (wyładowanie, przewodnictwo podrażnienia do końcowego odcinka łuku odruchowego). *Mazurkiewicz* doszedł też do wniosku, że nastawienia chronaksyjno-subordynacyjne *Lapique* i kojarzenia bodźca warunkowego z bezwarunkowym w odruchach warunkowych *Pawłowa* polegają na zupełnie analogicznym procesie fizjologiczno-mnemicznym, którego efektem jest pewne udoskonalenie czynności.

Zagadnieniem zasadniczym będzie wyprowadzenie z tych ogólnie ujętych właściwości biologiczno-fizjologicznych praw, którymi rządzą się procesy pamięciowe znane nam ze spostrzeżeń introspektywnych. Samo przez się rozumie się, że nie mogą pozostać na boku zjawiska psychiczne najwyższego rzędu, związane z rozwojem narządu korowego u człowieka, w szczególności narządu czołowego, który jest zbudowany z tkanki nerwowej. Gdyby jakiekolwiek zjawiska pamięciowe znane z introspekcji nie dały się wyjaśnić z tego samego punktu widzenia, cały wywód załamałby się w sobie.

Analiza introspektywna już dawno zwróciła uwagę na fakt, że czynność ekforowania engramów bynajmniej nie jest, jak to się często sądzi, zależna od świadomego wysiłku uwagi. W wypadkach zapomnienia takie natężenie uwagi, aby w półmroku świadomości wyszukać np. zapomnianą nazwę, raczej przeszkadza niż pomaga. Codzienne doświadczenie poucza, że czasem zapomniana nazwa przy innej sposobności, samorzutnie, automatycznie przyjdzie na język. Najtrwalsze dane pamięciowe są właśnie te, które uległy tak daleko idącej automatyzacji, że ekforowanie ich odbywa się niemal bez udziału świadomości, jak np. klepanie pacierza. Gdyby pozostać tylko

w sferze doświadczeń introspektywnych, można by łatwo ulec pokusie uogólnienia tego rodzaju spostrzeżeń. Można by mianowicie sądzić, że *Arystotelesowska anima rationalis*, lub jak się to dzisiaj mówi narząd czołowy, nie ma w ogólne nic wspólnego z funkcjami pamięci, które byłyby atrybutem płatów pozaczołowych, zaś w języku psychologicznym—niższych warstw życia psychicznego. Monizm metodologiczny nakazywałby już z góry ostrożność w takim formułowaniu wniosków. Jeżeli narządowi czołowemu, w którym lokalizujemy dzisiaj najwyższe funkcje psychiczne, jak myślenie przyczynowo-logiczne, uczuciowość najbardziej zintelektualizowana czyli determinująca (*Mazurkiewicz*), przypisujemy sternictwo w stosunku do niższych pięter rozwoju psychicznego i jeżeli narządem wykonawczym tego sternictwa jest przekształcony odpowiednio na tym najwyższym piętrze układ współczulny wespół z całym zespołem psycho-fizjologicznym narządowi czołowemu przyporządkowanym, to trudno byłoby zrozumieć, dlaczego właśnie na tym najwyższym piętrze nie miałby być robiony użytek z właściwości mnemicznych tkanki nerwowej. A jeżeli tak, to dlaczego nie znajdujemy odpowiednika psychologicznego tych funkcyj mnemicznych. Dlaczego najsubtelniejsze działania pamięciowe, właściwe tylko człowiekowi, związane z mową, z abstrakcją, z myśleniem przyczynowo-logicznym, z uczuciami najszlachetniejszego typu itd., miałyby być przesunięte bardziej w dół. Niemożliwe jest przecież, aby tylko tutaj, w zakresie narządu czołowego, najdoskonalej rozwinięta tkanka nerwowa miała być pozbawiona właściwości mnemicznych. Bezpośredni ogląd introspektywny musiałby nam dostarczyć wśród wielu elementów treści również i bezpośrednich danych co do zjawisk pamięciowych. Tak jednak nie jest, gdyż najdelikatniejsze i najbardziej zadziwiające czynności pamięciowe odbywają się automatycznie i niewątpliwie bez udziału świadomej jaźni.

Aby dojść do wyjaśnienia a przynajmniej zrozumienia tych zawiłych zjawisk, trzeba pójść drogą genetyczną w najszerszym zakresie. Zdobycze nowoczesnego mnemizmu utorowały nam tutaj, jeśli chodzi o najniższe stopnie rozwojowe, w wysokiej mierze dostęp. Pamięć gatunkowa w znaczeniu *Heringa*, teoria *Semona*, doświadczenia *Pawłowa* i jego uczniów z *Orbelim* na czele, prace *Sheringtona, Mazurkiewicza* i innych — oto kamienie milowe tych owocnych badań. W ich świetle instynkt i jego zadziwiające przejawy przestały być zagadką. Sprowadza się je dzisiaj do kategorii zjawisk pamięciowych ponadosobniczych. Z badań porównawczych zdaje się wynikać, że engramy są najtrwalsze na najniższych szczeblach rozwojowych. Jeżeli porównamy dwa krańcowe stadia rozwojowe, narząd

czołowy człowieka oraz czynności instynktowe, to stwierdzimy, że trwałość engrafii na tym najwyższym szczeblu jest znikoma, gdyż w każdym razie nie przekracza bytu osobniczego a nawet nie sięga jego kresu, podczas gdy na najniższym szczeblu instynktu (pomijam tu szczeble jeszcze niższe, aby nie przekroczyć ram niniejszej rozprawy) ekforia w postaci reakcji instynktownej jest tylko epizodem w wielowiekowym przebiegu utajonej, ponadosobniczej, z pokolenia na pokolenie dziedziczonej engrafii. Można też bez przesady powiedzieć, że zdolność wzbogacania swej umiejętności przez naukę ma się odwrotnie proporcjonalnie do trwałości engrafii, gdyż w stosunku do instynktów nauka jest niepotrzebna (pomijając wydoskonalanie się czynności instynktowych przez wprawę osobniczą), podczas gdy umiejętności zdobyte w życiu osobniczym przez świadomą naukę albo wcale się nie dziedziczą, albo jeżeli się dziedziczą, to tylko w stopniu bardzo nikłym, dającym się zauważyć wiele, wiele pokoleń później.

Osobnym, niesłychanie trudnym zagadnieniem jest sprawa stosunku wzajemnego engramów osobniczych i ponadosobniczych. Badając jestestwa tak złożone jak zwierzęta wyższe, poddajemy się mimowoli poglądom, żeby się tak wyrazić antropomorficznym, zapominając o względności pojęć wyższości i niższości. Ustrój segmentarny ma to do siebie, że segmenty wyższe ze względu na swoją rolę sterowniczą w stosunku do segmentów niższych imponują swoją jakoby wyższą zdolnością czynnościową. W tego rodzaju sądach już *vox populi* każe być ostrożnym. Boć przecie większych „sztuk" dokazują zwierzęta za pomocą swego instynktu niż ludzie, kierujący się rozumem i doświadczeniem. Stacje przekształcające układu nerwowego ośrodkowego mają wprawdzie sterowniczą rolę wobec segmentów niższych, ale w wielu wypadkach chodzi tu raczej o wpływ hamujący, w wyniku którego rozmaite nawet cenne automatyzmy i instynkty nie mogą rozwinąć swojej działalności lub nawet z biegiem czasu zanikają. Bezsprzecznie życie świadome człowieka jest dziełem przyrody, lecz może z innego punktu widzenia jeszcze większych dziwów dokazuje przyroda na swoich najniższych szczeblach rozwojowych.

Zasadę, że zdolność uczenia się ma się odwrotnie proporcjonalnie do zdolności mnemicznych tkanki nerwowej, możemy prześledzić filogenetycznie, względnie w zakresie jednego osobnika złożonego, na szczeblach hierarchicznych, prowadzących od składników wegetatywnych po przez animalne aż ku świadomie psychicznym. Na najniższym stadium rozwojowym nie widać w ogóle ani zdolności ani potrzeby nauki. Umiejętność instynktowna, której zakres można brać w dół jak najszerzej, jest już przy

przyjściu na świat tak doskonała, że nawet nie jest potrzebny okres wprawiania się. Za wyższe stadium rozwojowe uważać trzeba instynkty, których urzeczywistnienie doskonałe zależne jest od krótszego lub dłuższego ćwiczenia odpowiednich narządów. Między tymi dwoma stopniami rozwojowymi leży cała skala szczebli przejściowych. Im niższe stadium rozwojowe, tym doskonalej funkcjonuje pamięć gatunkowa, tzn. tym trwalsze są engramy i tym sposobniejsze do ekforowania, możliwe że i dzięki temu, że młody osobnik rozporządza w chwili przyjścia na świat bardziej doskonale wykształconymi narządami. Co do tej ostatniej uwagi, można przypuścić, że doskonale rozwinięte narządy są makroskopowo uchwytnymi odpowiednikami mikroskopijnych a właściwie ultramikroskopijnych engramów, których struktury w obecnym stanie nauki nawet jeszcze sobie wyobrazić nie można. Tak się rzeczy mają aż do instynktowych mechanizmów podkorowych włącznie.

Postęp zaczyna się dopiero na poziomie narządu pozaczołowego. Tutaj powstają osobnicze zjawiska mnemiczne, owoc oddziaływań neurodynamizmów instynktowych. Tutaj powstaje elementarna działalność analityczna *(Pawłow)*, pierwsze zasoby poznawcze, początki życia uczuciowego i hamulców psychicznych, tutaj rozpoczyna się intelektualizowanie uczuciowości protopatycznej i instynktowej *(Mazurkiewicz)*. Ten proces przekształcania się czynności podkorowych w pozaczołowe możliwy jest tylko dzięki właściwościom mnemicznym narządu pozaczołowego, opierającym się na 1) mechanizmie chronogennym (zapamiętywanie wrażeń jako całości, kojarzenie bez wybiórczości) i 2) mechanizmie zapamiętywania wybiórczego pod wpływem uwagi i zainteresowania *(Mazurkiewicz)*.

Pomijając kwestię analogicznego poziomu filogenetycznego, zaznaczyć trzeba, że w nowoczesnym piśmiennictwie przeważnie dopiero na poziomie kory pozaczołowej mówi się o świadomych funkcjach psychicznych, do których bezwzględnie zaliczyć trzeba takie czynności, jak uwaga, zainteresowanie, wybieranie itd. Ci którzy unikają wyjaśnień psychologicznych zmuszeni są niekiedy również używać tego rodzaju pojęć, gdyż bez nich i tak pewnych zjawisk nie dałoby się zrozumieć. Pytanie, jak daleko sięga w przyrodzie podmiotowy psychizm (inny w ogóle nie jest znany), należy do psychologii porównawczej. Nie wdając się więc w zagadnienia dotyczące niższych poziomów segmentarnych, można przyjąć, że tu na poziomie kory pozaczołowej dopiero dochodzi do głosu świadoma wybiórczość uwagi, aby z rozmaitych zespołów pamięciowych uaktywnić te, które dogadzają pewnym zainteresowaniom, a raczej nastawieniom emocjonalnym. Podczas gdy zespoły talamiczne są predestynowane, dziedzicznie preformowane,

pod względem mnemicznym więc ostatecznie wyszkolone, niższe zespoły korowe otwierają dość szerokie pole dla osobniczych nabytków pamięciowych. Trwałość tych osobniczych nabytków jest nieporównanie bardziej nikła od zespołów pamięciowych podkorowych, gdyż nie ulega zasadniczo dziedziczeniu, choć przy systematycznym ćwiczeniu odruchów warunkowych, jak to np. wykazują doświadczenia z tresurą, nie tylko ogólne dyspozycje ale nawet pewne odpowiedniki zespołów mnemicznych mogą być przekazywane z pokolenia na pokolenie. W każdym razie trwałość tych engramów zdaje się być większa niż trwałość jeszcze wyższych zespołów mnemicznych, mianowicie engramów z zakresu płatów czołowych. Ewolucyjnie i chronologicznie najpóźniejsze nabytki pamięciowe znamionują się bowiem najmniej trwałą engrafią i naodwrót.

O ile wolno wnosić z najnowszych badań, odruchowość warunkowa ogranicza się tylko do narządu pozaczołowego. Jest ona czynnością nerwową znacznie wyższą niż odruchy rdzeniowe i odruchowość bezwarunkowa czyli reakcje instynktowe, lecz bynajmniej nie najwyższą. Niedoskonałość odruchowości warunkowej rzuca się w oczy. Wystarczy wspomnieć przedmiotowy charakter własności poznawczych umiejscawianych ostatnio w narządzie pozaczołowym, podczas gdy narząd czołowy rozporządza umiejętnością myślenia oderwanego, przekraczającego kompetencję odruchowości warunkowej. Ponieważ przynajmniej narazie hipoteza robocza nakazuje nam przyjąć i dla najwyższego poziomu (a może najwyższych poziomów) osi mózgowo-nerwowej jednaki lub analogiczny plan strukturalno-czynnościowy, przeto i w narządzie czołowym (o ile jest on naprawdę jednolitą całością), powinniśmy znaleźć takie same składniki psychofizjologiczne, jak na niższych poziomach. I tu więc przyjmuje się dzisiaj anatomo-fizjologiczny odpowiednik uczuciowości determinującej w postaci (nie wyosobnionego zresztą jeszcze) układu wegetatywnego, któremu przypisujemy rolę sterowniczą wobec poziomu z kolei niższego. Pod względem anatomiczno-topograficznym zwrócono tu coprawda uwagę na zasadniczą różnicę między stosunkami w korze mózgowej z jednej strony, a z drugiej strony stosunkami w stacjach przekształcających podkorowych i rdzeniowych. W tych ostatnich reakcje przebiegają wzdluż klasycznego łuku odruchowego, składającego się z dróg dośrodkowych, człona ośrodkowego sterującego i dróg odśrodkowych. W topografii kory mózgowej ten aparat wykonawczy (ruch i mowa) znajduje się nie na końcu, lecz pośrodku między narządem czołowym i pozaczołowym. Według *Sheringtona*, narząd ruchowy jest wspólną drogą końcową dla neurodynamizmu zarówno narządu czołowego jak i pozaczołowego. Ponieważ, jeśli chodzi o aparat ruchowy, podobne sto-

sunki znajdujemy i na odcinku rdzeniowym, przeto *Mazurkiewicz* widzi i pod tym względem zasadniczą tożsamość planu czynności nerwowych na wszystkich poziomach.

Jeśli tak się rzeczy mają, to mamy chyba prawo przypuszczać, że tkanka nerwowa narządu czołowego poza wszystkimi innymi właściwościami posiadać będzie i tę zasadniczą, podstawową, mianowicie, właściwość mnemiczną. W ślad za tym twierdzeniem musimy rozstrzygnąć pytanie, jak się ma świadomość do tych procesów neurofizjologicznych. Czy te procesy mają z zasady i to wszystkie swój odpowiednik psychologiczny. Rozmaite bowiem cechy anatomiczno-fizjologiczne mają swoje niewątpliwe odpowiedniki po stronie świadomości. Pobudliwość tkanki nerwowej odczuwamy bezpośrednio w strumieniu naszej świadomości, ale nie wszystkie efekty pobudliwości i zjawiska kojarzeniowe możemy oglądać, mianowicie tylko te, na które zwraca się w danej chwili nasza uwaga. Są zjawiska, które w ogóle nie docierają do naszej świadomości, jeśli np. uwaga nasza zaprzątnięta jest żywo czym innym. Dany bodziec musi wówczas osiągnąć natężenie znacznie powyżej progu, by przyciągnąć uwagę. Mnóstwo samorządnych obszarów odbiera masowo doznania, które nawet przy najusilniejszej uwadze nie mogą dojść do świadomości, chyba pod postacią doznań cenestetycznych, z których rzadko uwaga jest w stanie wyosobnić jedno odrębne doznanie. Stosunki te są uwarunkowane anatomicznie i neurofizjologicznie i żadne poważniejsze wątpliwości co do istnienia odpowiedników psychofizjologicznych dla danych kategoryj doznań nie nastręczają się. Przyszłe badania neurohistologiczne niewątpliwie dostarczą podstaw somatycznych dla różnicy, jaka zachodzi między kojarzeniem świadomym a podświadowym. Ta ostatnia kategoria zjawisk, wyzyskanych dla badania tzw. wolnych kojarzeń, jest w psychologii w pełni wyzyskana. Wchodzi ona w zakres procesów psychicznych automatycznych i powrócimy jeszcze do niej poniżej. W ten sposób dla wszystkich kategoryj zjawisk psychicznych świadomych da się znaleźć ich odpowiedniki neurofizjologiczne, jeśli nie dziś to jutro i naodwrót, wszystko co znajdujemy po stronie somatycznej powinno się dać odnaleźć po stronie świadomości — z jednym wyjątkiem, mianowicie co do zjawisk pamięci.

I oto wyłania się kwestia, czy zjawiska pamięci dane nam są w bezpośrednim oglądzie świadomości. Oczywiście dla człowieka niewyrobionego psychologicznie w pytaniu tym nie będzie żadnej trudności. W stadium naiwności naukowej wszystko co wiemy z introspekcji wydaje się bezpośrednie a więc i świadome. Naprawdę rzeczy te są daleko zawilsze. Badania nad strumieniem świadomości, prowadzone od dawna przez długi sze-

ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Założony przez
PROFESORA DR RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA

Rok XXVII | 1949 | Tom 37 Nr 2/3

TREŚĆ:

(Dokończenie na str. 3-ej okładki)

reg badaczy, z których wymienię tylko *James'a, Bergsona, Abramowskiego, Busse'go, Oesterreicha, Rubczyńskiego, Bilikiewicza*, nie są jeszcze bynajmniej zamknięte. Wyniki tych badań dałoby się tak krótko streścić. Świadomość jest zjawiskiem podmiotowym, pozornie ciągłym, choć nie da się wykluczyć, że ciągłość ta jest złudzeniem podobnym do złudzenia ciągłości obrazu kinematograficznego, składającego się z szeregu następujących po sobie obrazów. W podobny sposób można by sobie wyobrazić mnóstwo posobnych chwil świadomych, zlewających się wskutek szybkości następujących po sobie świadomych okamgnień i przerw w przeżycie nieprzerwanej ciągłości. Po stronie neurofizjologicznej może być to przeżycie czy złudzenie nieprzerwanego strumienia świadomości uwarunkowane jakimś procesem biochemicznym, albo o charakterze ciągłym, albo — co prawdopodobniejsze — o charakterze posobnych wyładowań energetycznych tak częstotliwych, iż praktycznie sprawiają również wrażenie ciągłości*). Odpowiadający im introspekcyjnie strumień świadomości odznacza się najwzorowszą ze wszystkich znanych nam w przyrodzie jednością. Jest to niepodzielna podmiotowo jedność naszego „ja". Narzędziem tej jaźni jest uwaga. I ona jest niewątpliwie jednokierunkowa, choć czasem dzięki zdolności szybkiego oscylowania między przedmiotami, na które jest zwrócona, może dawać złudzenie dwu — a nawet wielokierunkowości. Słusznie zwykło się przyrównywać tę jednokierunkową czynność świadomej uwagi do wzroku, który ostro zwrócony być może w tym samym okamgnieniu tylko na jeden punkt, podczas gdy wszystkie inne sąsiednie tworzą w tym samym czasie tylko mniej lub więcej zamazane tło. Uwaga zresztą, nawet przy patrzeniu, rozstrzyga o tym, który punkt jest widziany. Może to być nawet jakiś punkt należący do tla, do pola widzenia. Te same stosunki odnajdujemy i w polu widzenia wewnętrznego. Świadome przeżycie w danej chwili jest zawsze tylko przekrojem, w którym rozróżnić możemy mnóstwo składników psychicznych, wrażeń zmysłowych, wyobrażeń, uczuć itd. Spośród tych wszystkich mniej lub więcej zamazanych elementów treści, składającej się na tło, na pole widzenia wewnętrznego, wyosobnić możemy w danej chwili tylko jeden punkt, na którym ześrodkowuje się oko naszej uwagi. Bezmiar wszystkich innych przeżyć, czy płyną one z zewnątrz, od narządów zmysłowych, czy cenestetycznych, czy z wewnątrz od niższych poziomów segmentarnych, czy też wreszcie przeżyć intra-

*) Poglądy, które wypowiedziałem w pracy pt. Zagadnienie życia w świetle zasad psychologii porównawczej, Kraków (Krzyżanowski) 1928, uległy w ciągu tak wielu lat dość daleko idącej przebudowie.

psychicznych, powracających do własnego punktu wyjścia, bezmiar tych wszystkich przeżyć zlewa się w jednolity zespół, który jako jedność widziana tym okiem wewnętrznym dopiero wtedy się uświadamia, gdy zwróci się nań uwaga naszej jaźni. Wszystkie te opisane elementy treści podlegają wahaniom intensywności, włącznie z uwagą, z wyjątkiem jaźni, która nie może być ani mocniejsza, ani słabsza, ani wyraźniejsza, ani bardziej zamazana. Albo jest ona, albo jej nie ma. Jej brak jest stanem nieprzytomności. Pierwszy przebłysk świadomości powołuje już tę jaźń do bytu, który jako jedność jest zawsze całkowity. Bez tego podścieliska jaźni nie umiemy sobie wyobrazić życia psychicznego nawet w najprymitywniejszej postaci. Przeżycie psychiczne musi być zawsze „czyjeś". Koncepcje psychizmu „niczyjego" są wymysłem myślicieli, lekceważących doświadczenie introspekcji. Podobnie niezrozumiałe są i koncepcje energii bez substratu, np. ruchu bez czegoś co się rusza. Wynika z tego, że wszystkie przeżycia są funkcjami jaźni. Funkcji zaś nie da się oderwać od substratu, nawet myślowo.

Osobne rozważania poświęcić trzeba zagadnieniu stosunku strumienia świadomości do czasu. Gdyby nie świadomość, pojęcie czasu byłoby dla nas czymś niezrozumiałym. Czas bowiem przeżywamy — można bez wielkiej przesady powiedzieć — w bezpośrednim oglądzie. Każde przeżycie dane nam jest tylko w absolutnej teraźniejszości. Przyszłość po przez okamgnienie teraźniejszego przeżycia zapada się bezustanku w przeszłość. Nasze „ja" chwyta swą uwagą zawsze tylko moment teraźniejszości, który jak na taśmie przesuwa się „z przodu w tył", z przyszłości w przeszłość — lub powiedzmy odrazu — z przeżycia w pamięć (w niepamięć). W ten sposób tworzy się ów strumień świadomości, niby ciągły, nieprzerwanie jednolity. Jego warunkiem jest jednokierunkowość uwagi i jedność jaźni. Przeżycie dwóch takich strumieni świadomości, należących naraz do dwóch (lub kilku) jaźni nie jest znane nawet w psychopatologii. Spotykany czasem w piśmiennictwie termin „rozszczepienie jaźni" jest w wysokim stopniu błędny, gdyż rozszczepieniu ulec może tylko osobowość, co zwykle ma się w tych wypadkach na myśli. Przeżycie czasu w wewnętrznym oglądzie daje nam właściwie pełne wyobrażenie tylko o teraźniejszości. Teraźniejszość zaś jest z punktu widzenia czasu niczym. Czas bowiem nawet myślowo jest podzielny w nieskończoność. Popularne wyrażenie „teraz" jest oczywiście sumą chwil teraźniejszych, przeszłych i przyszłych, którą posługujemy się dla celów praktycznego porozumienia się. Oczywiście psychologiczne „teraz" nie pokrywa się też z matematycznym. Psychologiczne „teraz" trwa znacznie dłużej, podobnie jak abstrakcyjne dzielenie materii, mo-

żliwe w nieskończoność, w przyrodoznawstwie kończy się zawsze na jakichś elementach, czy to będą atomy, czy jakieś jednostki energii. Psychologiczne „teraz" musi jednak trwać, skoro suma tych okamgnień daje nam przeżycie postępu czasowego, przedmiotowo sprawdzalnego. Podobnie rzecz tę wyobrażać sobie musimy i po stronie somatycznej wiązania psychofizycznego. Procesy biofizjologiczne, które przeżywamy w czasie, trwają także w czasie.

Teraz dopiero zrozumiemy, dlaczego niepodobna w bezpośrednim oglądzie przeżywać zjawisk pamięci. Są one bowiem nierozłącznie związane z trwaniem. Bezpośredni ogląd ukazuje nam tylko to okamgnienie, które nazwałem psychologicznym „teraz"; „przedtem" i „potem" nie może być uchwytną chwilą przeżywaną w strumieniu świadomości. Wyobrażenia te znamy tylko z odtworzenia pamięciowego przeżytego kiedyś „teraz". Zjawiska pamięci, dane nam w bezpośrednim oglądzie, są albo tego rodzaju wtórnym odtworzeniem, albo spostrzeganiem zjawisk mnemicznych „cudzych". Nie ma zaś zasadniczej różnicy między spostrzeganiem zjawisk mnemicznych w pracowni fizjologicznej, a spostrzeganiem zjawisk mnemicznych we własnym wnętrzu psychicznym. Te ostatnie przebiegają automatycznie, zdala od naszego strumienia świadomości, w głębi dróg kojarzeniowych. Przeżywamy bezpośrednio tylko moment engrafii lub tylko moment ekforowania. To wszystko co się dzieje między tymi dwoma momentami, a więc cały właściwy proces mnemiczny, to wszystko skryte jest przed okiem naszej świadomości. Wszystko to załatwia się samo, bez udziału naszej jaźni i naszej uwagi. Zjawiska wolnego kojarzenia są właśnie wzorem tego automatyzmu mnemicznego. Wysiłek naszej uwagi jest przy tym tak minimalny, że daje nam złudzenie braku wysiłku. Elementy kojarzenia nasuwają się naszej uwadze niejako same przez się, bez aktywnego poszukiwania ich. Urządzenie to pozwala nam na daleko idącą ekonomizację wysiłku psychicznego. Tak samo mają się rzeczy przy procesach mowy, których podstawą jest również automatyzm mnemiczny. Ucząc się nowego języka musimy wysiłkiem uwagi szukać słówek, form gramatycznych, wyrażeń. Osiągnąwszy biegłość, pozostawiamy całą tę pracę urządzeniom automatycznym, które są natury mnemicznej. W strumieniu świadomości zjawiają się wówczas automatycznie potrzebne składniki mowy. Sam proces pamięciowy rozgrywa się pod progiem świadomości. Uświadamia się dopiero końcowy efekt ekforowania. W ten sposób to co najistotniejsze w zjawisku pamięciowym, branym oczywiście jako proces złożony, niezależnie od jego elementów, nie przekracza i przekroczyć nie może progu świadomości.

Za wcześnie oczywiście jeszcze na snucie domysłów co do umiejscowienia jaźni. Wbrew twierdzeniom pewnych metafizyków, którzy lekceważą doświadczenie introspektywne, dające nam niewątpliwe poczucie przestrzennego umiejscowienia jaźni w każdym razie w zakresie mózgu, stać trzeba na stanowisku, że życie psychiczne bez reszty związane jest z tkanką żywą, a tym samym zlokalizowane. Sama jaźń, chociaż jest warunkiem przeżyć psychicznych i ich niezbędnym ośrodkiem czy podścieliskiem, nie jest bynajmniej najwyższą ewolucyjnie formą rozwojową życia psychicznego. Przeciwnie, zdaje się ona być czymś najbardziej elementarnym, odbierającym podrażnienia, podlegającym stanom afektywnym itd. Musimy się jej obecności dopatrywać nawet na stadium prymitywu psychicznego. Nic nie przemawia za tym, aby np. miała ona być umiejscowiona w narządzie czołowym, gdyż, po pierwsze, nawet rozległe uszkodzenia płatów czołowych nie prowadzą zasadniczo do zaburzeń jaźni, świadomości i uwagi, a po wtóre, jaźń jako element ewolucyjnie najstarszy do swego funkcjonowania bynajmniej nie potrzebuje jakichś doskonałych narządów. Biologiczna wędrówka czynności nerwowo-psychicznych ku górze lub ku przodowi dotyczy czynnościowych zespołów neurodynamicznych, które wzbogacają jaźń o coraz doskonalsze narządy, lecz nie koniecznie porywają ją ze sobą. Może ona „z tyłu" lub nawet „z dołu" rządzić, posługując się narządami, które ewolucyjnie przesunęły się na wyższe lub przedniejsze stanowisko topograficzne.

Jedność i ośrodkowość jaźni wyjaśnia totalną synergię czynnościową układu neuropsychicznego. Łącznikiem w tym zawiłym układzie zdaje się być układ wegetatywny. Pomijając tutaj koncepcje neomonadologiczne, które zresztą wcale nie są niedorzecznością, zastanowić się jednak wypada nad sposobem komunikowania się poszczególnych członów tego układu jako całości. Przenoszenie się podrażnień drogami neurofizjologicznymi nie jest taką zagadką, jak przekształcanie się elementów psychicznych w fizjologiczne i naodwrót. Oto sedno problemu psychofizycznego.

Przy obecnym stanie badań neurofizjologicznych za wcześnie jeszcze na dociekanie prawdy od strony somatycznej. Natomiast analiza elementów treści introspektywnej zdaje się być bardziej obiecująca w zdobyciu orientacji poznawczej. A więc najpierw: co to jest świadomość? Jest to przeżycie tak każdemu z nas znane, że wyjaśnienia przez podporządkowanie go jakimkolwiek innym zjawiskom mniej znanym nic by nie wyjaśniły. Sprawa ze zjawiskami mnemicznymi ma się o tyle lepiej, że są one nam znane zarówno od strony introspektywnej jak i neurofizjologicznej. Ale czy od strony introspektywnej w rzeczy samej podmiotowo przeżywamy zjawiska

mnemiczne? Nie mamy prawa mianowicie mówić o przeżyciu w stosunku do automatyzmów pamięciowych, wobec których jaźń nasza zdaje się być dość biernym widzem, nie wiele mniej przedmiotowym, niż wobec zjawisk mnemicznych, spostrzeganych w pracowni fizjologicznej. Powiedziałem jednak powyżej, że ze zjawisk mnemicznych pewne okamgnienia są nam dane w bezpośrednim, podmiotowym oglądzie. Jest to moment engrafii i moment ekforowania. Ten drugi da się zresztą bez trudu sprowadzić do pierwszego, gdyż ekforowanie jest zawsze właściwie nowym przeżyciem, wytłaczającym nowy engram na podobnym starym. Stary engram ulega dzięki temu powtórzeniu, pogłębieniu i utrwaleniu. Jeśli chodzi jednak o przeżycie, to każda ekforia jest w strumieniu świadomości i czasu czymś zupełnie odrębnym. W ten sposób ze zjawisk mnemicznych pozostaje tylko jedno, mianowicie engraficzny punkt wyjścia procesu intrapsychicznego, który po stronie neurofizjologicznej odpowiada procesowi wewnątrzkorowemu. Te drogi mnemiczno-kojarzeniowe pozostają więc w przeważającej swej długości pod progiem świadomości. To co się ujawnia świadomie, to chwilka bezpośrednio dotykająca psychologicznego „teraz". Tę chwilkę można pozornie przedłużyć za pomocą uwagi. Przy patrzeniu zewnętrznym to skupienie uwagi — przy odpowiednim nastawieniu emocjonalnym lub zainteresowaniu — może trwać nawet dość długo. Ale przy patrzeniu wewnętrznym, np. przypatrywaniu się jakiemuś wywołanemu wyobrażeniu, może trwać równie długo. Pozornie psychologiczne „teraz" przedłuża się, ale też tylko pozornie, gdyż ta długotrwała ekspozycja jest w istocie nie ciągłym pasmem, lecz jakby koronką paciorków nanizanych na ciągłą nić jaźni. Tak jak przyszłość poprzez okamgnienie teraźniejszości przeskakuje ciągle w przeszłość, tak engram ze stanu potencjalnego poprzez moment świadomego ekforowania zapada się nieprzerwaną pozornie nicią w przeszłość ponowionej engrafii. Na ekranie świadomości pojawia się błysk za błyskiem, tak szybko po sobie, że powstaje stąd złudzenie nieprzerwanej ciągłości tego pasma. Jest niepodobieństwem powiedzieć, gdzie kończy się świadomość a gdzie zaczyna się ślad mnemiczny świadomego przeżycia. Granica ta jest tak samo płynna, jak płynna jest granica między „teraz" i „przedtem". Świadome „teraz" ginie powoli, rozpływając się stopniowo w środowisku podświadomego tła, spośród którego uwaga może jeszcze krótką chwilę uaktywnić zacierający się element treści, przed chwilą jeszcze świadomy. Im krócej trwa ta ekspozycja, tym nietrwalszy jest ten świeżo powstały, *in statu nascendi* obserwowany engram. Można go jednak dowolnie lub mimowolnie pogłębić i utrwalić. Zależy to od intensywności samego przeżycia, ale i zarazem od emocjonalnego nastawienia, od zainteresowania (co na

jedno wychodzi), no i od czasu ekspozycji czyli od wielokrotności powtórzeń, nie mówiąc już o indywidualnych właściwościach. W ten sposób ów strumień świadomości utożsamia się z procesem mnemicznym, jeden jest dalszym ciągiem drugiego, jeden rodzi drugi przechodząc weń bezustanku w sposób ciągły. Może więc powiedzieć, że świadomość jest zaczątkiem procesu mnemicznego i odwrotnie, że proces mnemiczny jest zaleganiem lub utrwaleniem przeżycia lub srumienia świadomości.

Ponieważ zaś przeżycie świadome jest niewątpliwie zjawiskiem psychicznym podmiotowo przeżywanym, a proces mnemiczny równie niewątpliwie wydarzeniem neurofizjologicznym, a więc materialnym, przeto jesteśmy uprawnieni do utrzymywania, że w tym przejściu od psychologicznego „teraz", od świadomości, do pamięciowego „przedtem", do podświadomości, przeżywamy wprost w bezpośrednim oglądzie samo wiązanie psychofizyczne w jego najbardziej tajemniczej istocie. Problem psychofizyczny, a przynajmniej jego pod względem przyrodniczym najistotniejszą stronę, mielibyśmy prawo rozumieć jako przeistaczanie się świadomości w pamięć, lub może energii psychicznej aktualnej w mnemiczną czyli potencjalną.

Śledząc dzieje rozwoju procesów mnemicznych, począwszy od ponadosobniczych (filogenetycznych) po przez wszystkie poziomy, w których zespalają się stopniowo składniki ponadosobnicze z osobniczymi (filo- i ontogeneza), aż do najdoskonalszego ich wykwitu u kulturalnego człowieka w automatyzmach mowy, abstraktu, hamulców płynących z uczuć intelektualizowanych, czystych pobudek determinujących itd. (czysta ontogeneza), nie możemy się oprzeć wrażeniu, że jak gdzieindziej, tak i na tym najwyższym poziomie, specjalizacja ta możliwa jest dzięki temu, że te zawiłe i doskonałe zespoły ujęte są w karne tryby jakiegoś odrębnego narządu. Może więc segmentów jest więcej, niż się zazwyczaj przyjmuje. Jeżeli warstwie mnemicznej popędowo-instynktowej musimy przypisać daleko idącą samorządność, to cóż dopiero na poziomie warstw mnemicznych najwyższych. Między warstwę odruchów warunkowych a warstwę odpowiadającą narządowi czołowemu należałoby więc może wstawić osobną warstwę, która być może dałaby się poniekąd utożsamić z warstwą myślenia archaicznego, umiejscawianą dzisiaj w narządzie pozaczołowym. Myślenie archaiczne, jak wiadomo, dochodzi do głosu nie tylko w marzeniach sennych, w stanach wyjątkowych normalnych i patologicznych, ale odgrywa doniosłą rolę u dziecka i u człowieka pierwotnego. *Mazurkiewicz* myli się prawdopo-

dobnie, dopatrując się w myśleniu archaicznym tylko cech prymitywnych — a więc egocentryzmu, plastyczności wyobrażeń, nie odróżniania fantazji od rzeczywistości przedmiotowej, synkretyzmu, rzutowania własnych pragnień i myśli na zewnątrz — przeciwstawnych myśleniu przyczynowo-logicznemu. Przynajmniej w marzeniu sennym, lecz także w schizofrenii te cechy prymitywne wprawdzie górują, lecz przytem w swoisty sposób wiążą się niekiedy z myśleniem przyczynowo - logicznym. Zagadnienie to zajmuje nas tutaj tylko ze względu na cechy mnemiczne. Zjawiska mnemiczne rozgrywające się w tej warstwie zdają się być zapożyczone z przerozmaitych warstw. Jeżeli z niższych, to po odpowiednim przekształceniu przez wyższe stacje przekształcające. Jeżeli natomiast z warstwy najwyższej, tj. z narządu czołowego, to bez przekształcenia. W tym wypadku jednak nabierają one cech myślenia autystyczno - niezdyscyplinowanego w znaczeniu *Bleulera*.

Pomijając nie należące do niniejszego wywodu szczegóły, zatrzymam się tylko przy jednym zagadnieniu: jak zachowuje się świadoma jaźń na poziomie myślenia archaicznego? Otóż w potocznej terminologii zwykło się treść marzenia sennego zaliczać do podświadomości. Niesłusznie, gdyż w marzeniu sennym jaźń, świadomość, uwaga, automatyzmy podświadome, niekiedy funkcjonują z taką samą precyzją jak na jawie. Procesy wewnątrzpsychiczne myślenia i uczuciowości archaicznej wykazują tę samą strukturę czynnościową co procesy na jawie. Brak im tylko sternictwa determinującego uczuć zintelektualizowanych, jako też i dyscypliny przyczynowo - logicznej, a więc kontroli narządu czołowego. Jeżeli pojawiają się w marzeniu sennym pierwiastki myślenia przyczynowo - abstrakcyjnego i uczuć intelektualizowanych, to prawdopodobnie tylko jako zespoły mnemiczne zautomatyzowane, ekforowane przez śniącą jaźń. Pierwiastki te podlegają prawom myślenia archaicznego, choć są pochodzenia wyższego i wykazują nawet wewnątrz takiego zautomatyzowanego zespołu mnemicznego daleko idącą i zawiłą samorządność. W narządzie pozaczołowym musimy się przeto doszukiwać jakiejś odrębnej warstwy czy może osobnego narządu, w którym by pomieścić można było obrazowe myślenie archaiczne, samorządne automatyzmy mnemiczne zgrupowane w większych lub mniejszych zespołach rozmaitego pochodzenia i inne może jeszcze funkcje. Dziedzina ta zasługiwałaby może na nazwę narządu mnemicznego ze względu na dominującą rolę zautomatyzowanych zespołów mnemicznych.

Nie potrzebuję dodawać, że zjawiska mnemiczne na tych poziomach odznaczają się zupełną nietrwałością. Znana nam jest nietrwałość pamięciowa marzeń sennych. Odnosi się wrażenie, że te osobnicze nabytki mne-

miczne wyspecjalizowanych narządów nerwowo-psychicznych są jakby tylko urządzeniem luksusowym dla celów egoistycznie osobniczych. O korzyściach gatunkowych dawno już się na tych poziomach przestało mówić O biologicznych korzyściach ponadosobniczych myśli przyroda na najniższych swych poziomach, tam gdzie plazma rozrodcza jest jeszcze nieledwie tkanką nerwową, tam gdzie podrażnienia mnemiczne trafiają bezpośrednio w masę dziedziczną lub może tam, gdzie prymityw psychizmu przeżywa w bezpośrednim oglądzie nie tylko rodzenie się procesów mnemicznych, ale i złoty kamień filozoficzny samorództwa.

JANINA KRASOWSKA
Z Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Kierownik: Prof. dr Jan Mazurkiewicz.

O OBJAWIE ZBĘDNYCH WSPOMNIEŃ*)

Wypowiedzi chorych psychicznie, których treść stanowią wspomnienia zgodne z rzeczywistą ich przeszłością, pozbawione omamowego lub urojeniowego charakteru, oraz rozbieżne z tematem prowadzonej rozmowy, nie związane z bieżącą treścią sytuacyjną, nazwał *J. Mazurkiewicz* objawem zbędnych wspomnień.

Na objaw zbędnych wspomnień, od 1.8.45 do 31.7.47 przebadałam w Klinice Psychiatrycznej U. W. 369 chorych i z tej liczby w 224 przypadkach objawu tego stwierdzić się nie udało, natomiast we wszystkich pozostałych 145 przypadkach objaw ten był spostrzegany w różnym nasileniu jego występowania. Zbędne wspomnienia pojawiające się bowiem masowo w wypowiedziach niektórych pacjentów, w innych przypadkach mogą być tylko mniej lub więcej liczne, niekiedy zaś stanowiły tylko sporadycznie występujący objaw.

Na ogólną liczbę 25 chorych z rozpoznaniem stanów zamroczeniowo-majaczeniowych, tylko w 2 przypadkach nie było wcale objawu zbędnych wspomnień. Natomiast w pozostałych 23 pojawiały się one masowo, w jedym zaś przypadku wypełniały cały obraz chorobowy i ten właśnie zostaje zamieszczony niżej.

Przypadek 1. N., ks. ch. 19239 J. D., lat 23, wykształcenie — 4 klasy gimnazjum. Konstytucji atletycznej, schizoidalnej. Przybył bez jakiejkolwiek anamnezy, w stanie zamroczenia, z podnieceniem psychoruchowym, bezsennością, zanie-

*) Streszczenie niniejszej pracy było podane w „Polskim Tygodniku Lekarskim" Rok II N. — 50 — 51 1947.

czyszczaniem się. Karmiony łyżką. Jego czynności psychiczne ograniczały się do nieustannej masowej i bezładnej produkcji zbędnych wspomnień jak np.: „Byłem w Kolomyi, chodziłem do szkoły, ojciec miał 64 lat jak umarł. Mam brata i 3 siostry, ja byłem w Kijowie, on w Niemczech. Chodziłem do szkoły, a brat do wyższej szkoły handlowej, uczyłem się angielskiego. Byłem w Śniatyniu, matka jest w Krasnymstawie. Byłem we Lwowie, siostra była we Lwowie. W Kolomyi byłem na ul. Mickiewicza. Koło nas Kuty i Śniatyń. Był brat i stryj w Kolomyi. Koło nas Tarnopol. Kolomyja ma 40 tysięcy, a Lwów nie wiem ile. Byłem w Rosji. Miasteczko było Kuty, Nadwórna, Kossów, wszędzie byłem. Matka żyje, ojciec umarł w 1938 r.; nie, w 1939 r. Matka była i prosiła o rentę " itd. Innym razem pacjent po wejściu do gabinetu, rozgląda się i sam zaczyna mówić: „Co to za pokój? (na widok umywalni) można się umyć, a piec, w piecu można napalić. Ołówek (bierze do ręki) — można napisać. A pani pisze atramentem. Pokój jest do badania. Czapka cywilna (wskazuje). Pani mówi po rosyjsku. Ja to wszystko rozumiem, ja to mogę przetłumaczyć. Zresztą brat mój miał rower a może znacie mojego ojca, bo jesteście doktorzy, a ojciec umarł na raka" itd.

Takie i podobne, bezładne, fragmentaryczne produkcje trwały całymi godzinami i nie można ich było przerwać. Zwracało w nich uwagę ubóstwo treści, dotyczyły one bowiem głównie personalii pacjenta lub jego najbliższej rodziny, drobnych faktów życia codziennego a polegały tylko na ich bezładnym stwierdzaniu z pominięciem porządku chronologicznego. W treści tych wypowiedzi nie było żadnych urojeń, ani omamów. Nosiły one charakter wspomnień odtwarzających rzeczywistą przeszłość, ale zupełnie niepotrzebnych i niezwiązanych z bieżącą sytuacją pacjenta, a więc zbędnych wspomnień. Z biegiem czasu wraz z przejaśnianiem się świadomości chorego, zatracały swój bezładny charakter i nabierały cech coraz lepszego powiązania w treści i coraz częściej zdarzało się, że pacjent sam spostrzegał swoje „niepotrzebne gadanie", jak je nazywał i nawracał do tematu wyjściowego np.: „Jak Pan zachorował? — ...potym przesłany do Łucka zgłosiłem się u kogoś, ale nie pamiętam, miałem już słaby umysł. U nas to rodzinne, bo mój dziadek był ślepy i bardzo stary jak umarł, miał napewno około 100 lat, ale przedtem to wyrabiał niesłychane historie, plótł głupstwa, zachowywał się jak wariat i gadał od rzeczy, bardzo przepraszam za niepotrzebne gadanie, ale to mi się tak przypomniało. Jak mnie z Łucka przysłano po 3 miesiącach do Lublina..."

Później, kiedy już objawy choroby psychicznej poczęły zanikać, produkcja wspomnieniowa pacjenta ustała całkowicie, pozostała tylko skłonność do opowiadania bardzo szczegółowego i znacznie dokładniejszego swojej przeszłości, niżby tego wymagała konieczność. Zgodnie z tym co pacjent sam o sobie podaje, zawsze miał skłonność do wspomnień. Cichy, pracowity, dosyć nieśmiały, zamknięty w sobie, małomówny i mało towarzyski,

skarżył się na brak zainteresowań oraz trudność i szybkie znużenie, jakie wywoływała w nim każda choćby najmniejsza praca psychiczna. Sumienny w wypełnianiu zleconych czynności, sam przejawiał bardzo mało inicjatywy, biernie przyjmując to, co mu życie nasuwało. Odczuwał brak napędu wewnętrznego do wysiłku myślowego.

Drugie skolei miejsce w częstości występowania zbędnych wspomnień zajmuje schizophrenia. Na dosyć znaczną liczbę 221 pacjentów zbędne wspomnienia występowały w 77 przypadkach, co stanowi ponad 1/3 przebadanych przypadków schizophrenii. W pozostałych natomiast 144 przypadkach, zbędnych wspomnień nie udało się stwierdzić. Ilość występowania zbędnych wspomnień w poszczególnych przypadkach była bardzo różna, a często zmienna, nawet w przebiegu jednego cierpienia u tego samego pacjenta. Następny z kolei przypadek 2 jest jednym z pospolitszych pod względem przebiegu i treści cierpienia, zostaje jednak zamieszczony ze względu na również masowe występowanie zbędnych wspomnień, chociaż o nieco innym charakterze, niż w przypadku pierwszym, od którego różni się także i stanem doskonale zachowanej świadomości.

Przypadek 2. N. Ks. ch. 22291. M. Tn., lat 20, o wykształceniu średnim, z rozpoznaniem *psychopatia constitutionalis, schizophrenia incipiens.*

Typ mieszany, pykniczo atletyczny, z przewagą tego ostatniego. Konstytucji psychicznej schizoidalnej. Choroba rozwijała się powoli, niespostrzeżenie. Od dziecka nieśmiały, obojętny uczuciowo, złośliwy i dokuczliwy, z cechami sadyzmu. Dosyć krytycznie określa swój stan psychiczny i we właściwy sposób podaje objawy, uskarżając się na brak energii, decyzji oraz inicjatywy. Zakres zainteresowań ubogi. Z powodu poczucia niepełnowartościowości, które było powodem dziwactw w postępowaniu nie miał zaufania do ludzi, aż do lęku przed nimi włącznie. Doskonale zorientowany, przesadnie wielomówny, nie umiał wybrnąć z tematu, co sam zresztą spostrzegał i kładł na karb zaburzeń raczej chorobowych. Pacjent wspomina, iż niekiedy miewał omamy wyrazowe ,jednak traktował je zawsze krytycznie i przechodził nad nimi do porządku. Zapytany o życie płciowe odpowiada: „Jestem mało doświadczony, miałem tylko jedno przeżycie. Skłonności homoseksulnych także nie miałem... byłem zdolny, wystarczało mi coś posłyszeć, żeby bez uczenia się umieć, zbierać dobre stopnie, ale warunki były nieodpowiednie i trudne, zniechęciły mnie. Kilkakrotnie „zjechałem w dzieciństwie na głowę“, „pobito mnie po głowie“.

Tego rodzaju wypowiedzi mogły trwać dostatecznie długo, aby znużyć otoczenie, nie męczyły jednak pacjenta, który mówił szybko, z żywą gestykulacją, bez uwagi na reakcję otoczenia i nie czekając na pytania. Leczenie elektrowstrząsowe dało znaczną poprawę w stanie psychicznym. Zmalała gadatliwość, wypowiedzi stały się zborniejsze, a zbędne wspomnienia, pod postacią krótkich wstawek, rozbieżnych z treścią rozmowy, występowały

rzadko i zwykle w czasie dłuższych wypowiedzi jak np. zapytany o samopoczucie przed i po leczeniu, dłuższy czas mówił:

„...po prostu czułem jakiś ciężar w głowie i ból głowy, wystąpiło nieopanowanie itd. Nerwy tkwiące we mnie, to rzecz dziedziczna i tkwi w rodzinie ojca. Ojciec może to potwierdzić, dziadek był nerwowy, skłonny do robienia awantur, a siostry ojca, to już specjalnie są nerwowe i awanturnicze, a ojciec, nie chcę go oskarżać, jest tak nerwowy, że jak wraca to zaraz kładzie się i śpi kilka godzin... itd.

Po leczeniu cardiazolem nastąpiła dalsza poprawa. Odpowiedzi stały się zborne i rzeczowe, a zbędne wspomnienia pojawiały się tylko wyjątkowo. Na powyższym przypadku możemy prześledzić zanikanie zbędnych wspomnień wraz z następowaniem poprawy stanu psychicznego pacjenta.

Przypadek 3. N. ks. ch. 22462. J. B., lat 36, magister farmacji, z rozpoznaniem *schizophrenia paranoidalis.*

Konstytucja fizyczna asteniczna. Psychiczna—hiperestetyczno-schizoidalna. Przybył dobrowolnie świadomy swej choroby, którą określa jako ciężką psychopatię, nie uważając się za chorego psychicznie. Zdolny, od dziecka obojętny uczuciowo względem najbliższych, przeczulony w stosunku do siebie, stale zajęty głównie teoretyczną pracą naukową, zupełny niedołęga życiowy. Miewał urojenia prześladowcze, widział wrogów nawet w dzieciach, jak sam stwierdza, urojenia te doprowadziły wraz ze specjalnymi warunkami w jakich się znalazł do nieudanego zamachu samobójczego. Zorientowany, dorzeczny, dosyć krytyczny, gadatliwy. Zbędne wspomnienia produkował obficie przy każdej rozmowie jak np. „...Choroby nerwowe w rodzinie? „Od ojca zacznę. Ze strony ojca dziadek umarł, jak ojciec miał 13 lat, a stryj miał 14 lat i dlatego zajął się i prowadził całe gospodastwo, bardzo samowolnie i o to miał ojciec żal do stryja, to też jak skończył lat 18, to zaczął sam pracować. Ojciec pracował w Ameryce, w fabryce tlenku węgla. Okropnie tam było ciężko, murzyni tam tylko pracowali i mój ojciec, ale oni nie wytrzymali, a ojciec przetrzymał wszystko. Masę pieniędzy zarobił, przywiózł tu dolary...“ itd.

Pomimo stosowanej kuracji stan pacjenta spostrzegany w ciągu 4 miesięcy ulegał stałemu i postępującemu pogarszaniu się. Pojawiały się urojenia treści religijnej, oprócz ustalających się o treści prześladowczej, często absurdalnej. Prawdopodobnie też miewał omamy wyrazowe, gdyż na pytania w tym kierunku dawał odpowiedzi wymijające, nie zaprzeczając im jednak. Wypowiedzi pacjenta coraz widoczniej traciły swój formalnie prawidłowy charakter, a zbędne wspomnienia bezładne i niepowiązane pojawiały się tylko wyjątkowo i zwykle nawet w czasie dłuższych, spontanicznych wypowiedzi, stwierdzić ich nie było można.

Następny przykład należy do grupy pospolitych przypadków, zamieszczony zostaje z powodu dość licznie produkowanych zbędnych wspomnień o bogatej i zmiennej treści, które poza brakiem porządku chronologicz-

nego cechuje wybitne urojeniowe zafałszowanie, komentowanych ksobnie, a jednak rzeczywistych treści wspomnieniowych.

P r z y p a d e k 4. N. k. ch. 21174 J. Hr., lat 28, rolnik, z wykształceniem elementarnym. Choruje od kilku tygodni. Rozpoznanie: *schizophrenia paranoidalis.*

Leptosom, psychicznie: schizoidalny. Zorientowany, stany lękowe, urojenia prześladowcze, rozkojarzony, jednak wypowiedzi krótkich udziela rzeczowo, podając zaraz w bogate pod względem treści zbędne wspomnienia. Omamów nie miewał.

Wyjątek produkcji pacjenta: „...wrogów nie mam żadnych, ale strachy to mnie przejmują. Boga się boję, pewnie. Kiedy mnie serce zatrzymało się, zacząłem robić awantury, to zaraz kościoły zamknęli i przestali w dzwony dzwonić. Niby, że ja antychryst, bo ja wiem... Jak jechałem pociągiem ostatnio, to widziałem Pana Boga. Było kilka osób w wagonie, ale mnie wychodziło, że to anioł stróż i inni... itd".

P r z y p a d e k 5. N. k. ch. 15011. R. S. S. Rozpoznanie *schizophrenia paranoidalis.*

Lat 50, bez zawodu, wykształcenie średnie, choruje 28 lat. Konstytucji mieszanej pykniczno atletycznej z przewagą cech schizoidalnych w psychice. Pierwsze objawy w 23 roku życia. W zakładach psychiatrycznych umieszczany w okresach pogarszania, przebywał kolejno w Nałęczowie, w Tworkach w 1924 — 2 tygodnie, w 1936 — 7 miesięcy, wreszcie umieszczony w 1941 — pozostaje dotąd. Od początku choroby poza bardzo krótkimi okresami wahań objawy ustaliły się. Zorientowany, obojętny uczuciowo o słabej inicjatywie. Powierzone czynności spełnia z przesadną dokładnością. Uspołeczniony pomimo skłonności do samotności i o tyle krytyczny w stosunku do siebie, że sam podkreślał swoją niezdolność do życia samodzielnego. Stale zajęty czytaniem i rozważaniem już przeczytanych i przemyślanych treści, oraz pisaniem niekończących się listów. Dość żywe w pierwszym, wczesnym, okresie choroby urojenia o zmiennej treści hipochondryczno-prześladowczej, z biegiem lat osłabły i obecnie pozostało tylko to niestałe nastawienie. Gadatliwy, chętnie i dużo mówi o sobie. Wypowiada się jednak z trudem, gdyż jak sam to stwierdza nie może ogarnąć całego materiału myślowego i w sposób celowy zużyć go w swoich wypowiedziach, łatwo popadając w dygeresje o treści wspomnieniowej nieprzystosowanej do pytania, o charakterze zbędnych wspomnień.

Przykładem wypowiedzi pacjenta jest załączony wyjątek z 97 stronicowego rękopisu, jaki powstał w odpowiedzi na rzucone przypadkiem pytanie: dlaczego został umieszczony w zakładzie? „...otóż w trakcie rozmowy, zapytał mnie, czy ja kiedy byłem pod M. O. (mental observation) tj. pod obserwacją. Otóż mimowoli przypomniała się Koblencja i szpital, nigdy to nie było brane w rachubę przeze mnie, ale po tylu latach nasuwa się mimo woli pewien incydent, który nie miał żadnego bezpośredniego znaczenia, był dawno zapomniany... Otóż pewnego dnia stałem na warcie (Koblencja 1920) było po południu, gorąco, nie było żadnego ruchu, prawie nie było nikogo... Pewien sierżant... rozłożył się na krześle, czy na leżaku przy drugim budynku, obok, odległym może o 200 kroków, tuż było parę dużych drzew, zdaje się kasztanów. Nie przypominam sobie dokładnie, czy on się plażował, dosyć, że był w pozycji prawie pół leżącej, wylegiwał się, lub zażywał wypoczynku, natomiast będąc na warcie musiałem stać, albo chodzić... Nie wiem co mnie pod-

kusiło... może dla jakiegoś ożywienia depresji, wyjąłem rewolwer i zacząłem celować w stronę drzew... itd".

Chaotyczne, nieuporządkowane w czasie, pozbawione logicznego związku z całością, zbędne wspomnienia niekiedy noszą nawet pozory czynności celowej. Pacjent zapowiada bowiem, iż mają one służyć jako wyjaśnienie, natomiast w istocie nic nie tłomaczą, chociaż są zgodne z rzeczywistą przeszłością pacjenta.

Ilość występowania zbędnych wspomnień w poszczególnych przypadkach, była bardzo różna, nawet w przebiegu jednego cierpienia u tego samego pacjenta. Spostrzegane były także i takie przypadki, w których zbędne wspomnienia pojawiały się tylko sporadycznie. Ten rodzaj pojawiania się zbędnych wspomnień jest dosyć szczególny i wcale nierzadki, a spostrzegany bywał w przypadkach, w których w ogóle zbędnych wspomnień nie stwierdzono. Niekiedy sporadycznie występujące wspomnienie, którego celowe użycie nie jest dostatecznie uzasadnione treścią wypowiedzi, czy bieżącej sytuacji pacjenta może budzić poważne wątpliwości czy nosi charakter zbędnego w ogóle, czy też pozornie zbędnego wspomnienia. Jak kolwiek te wątpliwości rozwiążemy, już samo to, że wystąpienie wspomnień może budzić podobne zastrzeżenia zdaje się przemawiać za niedostatecznym opanowaniem materiału wspomnieniowego, którego pokrewieństwo uczuciowe z aktualnym tematem jeszcze bardziej obniża kontrolę nad oceną względnej przydatności wspomnień i sprzyja ujawnianiu się ich w wypowiedziach pacjentów. Zamieszczony niżej przypadek 6., jest właśnie przykładem takiego sporadycznie występującego wspomnienia i nierozwiązanej wątpliwości zbędnego, czy też tylko pozornie zbędnego jego charakteru.

P r z y p a d e k 6. N. k. ch. 22094. M. St. lat 24, student z rozpoznaniem *schisophrenia abiotrophica.*

Leptosom, schizotymik, zorientowany, zwrócił się sam ze skargami na słabnące zainteresowanie uczuciowe, brak chęci do życia i pracy. W ciągu 10 tygodni obserwacji nie wypowiadał nigdy urojeń, nie miewał omamów, nie spostrzegano także ani razu zbędnych wspomnień. Po kuracji w czasie ostatniej rozmowy bezpośrednio przed wypisaniem miał miejsce następujący epizod. Pytany o przeżycia i żywość ich odczuwania opowiada:

„...przed chorobą był okres nawracania do przeszłości, specjalnie do przeżyć przykrych to uzasadnienia aktualne poczucie małej wartości osobistej. Skłonności refleksyjne były dawniej niewielkie". Pytanie: jakiego rodzaju refleksje? — nagle pacjent przerywa pytającemu i samorzutnie opowiada: „jesienią 1945 roku była okropna i przykra awantura, uderzyli mnie wtedy w głowę. Przeżycie to było bardzo przykre i było dużo kłopotu z leczeniem".

Podkreślić należy, iż w żadnym ze spostrzeganych przypadków schizofrenii z objawem zbędnych wspomnień nie stwierdzono omamów, urojenia zaś zwykle szeroko komentowane, zmienne w treści i nietrwałe często były przez samego pacjenta mniej lub więcej krytycznie ujmowane, jako objaw chorobowy.

Następne z kolei miejsce w częstości występowania zbędnych wspomnień zajmuje p a d a c z k a. Na ogólną liczbę przebadanych 28 pacjentów, w 11 przypadkach wystąpiły zbędne wspomnienia, przy czym występowały one zwykle masowo.

P r z y p a d e k 7. N. k. ch. 19786. H. N. lat 35, bez zawodu, z wykształceniem 6 kl. gimnazjum, z rozpoznaniem *epilepsja.*

Połowiczy niedowład po chorobie Heine-Medina w pierwszym roku życia. Od 21 roku życia napady padaczkowe, obecnie rzadkie, przeważnie jako pétit-mal. Typ konstytucji mieszanej, atletyczno-pyknicznej, z przewagą cech syntonicznych w psychice. Zorientowany. Zasób wiadomości szkolnych jeszcze dostateczny, wykazuje już jednak objawy otępienne i wybitnie wyrażone cechy charakteru padaczkowego.

Pytanie: jak się pojawił pierwszy atak? — „Było to tak: mój ojczulek był radcą stanu w sądownictwie rosyjskim, mieszkaliśmy nad morzem Kaspijskim, był sędzią śledczym przed 27 lat w Tambowie", gdy mu przerwano, że mówi niepotrzebnie, broni się: „jak to niepotrzebnie? To przecież dotyczy mego kochanego ojczulka! Więc potym, by poprawić sobie byt, bo sędziowie bardzo mało zarabiali, został rejentem w 1914 roku. I wybuchła wojna światowa"...

We wszystkich przypadkach, w których zostały stwierdzone zbędne wspomnienia zwraca uwagę przewaga rozwoju cech charakteru padaczkowego nad otępieniem, którego poziom w poszczególnych przypadkach bywał różny. Zbędne wspomnienia, spotykane w tej grupie, wyróżniają znane już skądinąd cechy myślenia padaczkowego, jak rozwlekłość, przesadna dokładność, przeładowanie szczegółami i zupełna niemożność ogarnięcia tematu. Te cechy, które się wiążą z zaburzeniami uwagi na skutek wzmożonej jej trwałości i wnikliwości przy jednocześnie małej czujności. Różnorodne i względnie bogate w treść dygresje wspomnieniowe noszą pozory czynności dowolnej i celowej, w istocie zaś, zostają wywołane bodźcem przypomnieniowym w zdaniu poprzedzającym. Na skutek tego tworzą się całe łańcuchy luźno lub słabo powiązanych zbędnych wspomnień, nie pozostających zwykle w związku z tematem naczelnym, których zbędności pacjent nie jest w stanie ani dostrzec, ani uświadomić sobie. Świadczy to o zaburzeniu czynności psychicznych, kontrolujących przydatność nasuwającego się w danej chwili materiału przypomnieniowego i kierujących nim w sposób właściwy. Chodzi tu więc o proces, przebiegający obok i niezależnie od objawów otępiennych, o ile, oczywiście, nie były przodującymi w obra-

zie chorobowym. Jeżeli jednak objawy otępienne przeważają, to należy sądzić, że proces organiczny uszkadzając strukturę tkanki mózgowej niszczy zarazem i materialną podstawę wszelkich czynności psychicznych, a więc także i produkcji wspomnieniowej. Przemawiają za tym przypadki z innych organicznych grup chorobowych np. kiły układu nerwowego, obok 17 przypadków padaczki z otępieniem i bez objawu zbędnych wspomnień.

W paralysis progressiva i tabo paralisis progressiva z przewagą tego ostatniego na 33 spostrzegane przypadki u 15 pacjentów zostały stwierdzone zbędne wspomnienia, w pozostałych natomiast 18, w skład których wchodzą także przypadki z zaburzeniami afatycznymi, zbędnych wspomnień nie spostrzegano.

Przypadek 8. N. k. ch. 19917. Rozpoznanie *tabo-paralysis progressiva.* P. S. lat 50, wykształcenie średnie, z zawodu mixter barowy. Zakażenie — 27 lat temu. Odtąd wielokrotnie leczony zimnicą i specyficznie. Pyknik i syntonik. Zorientowany. Bezczynny, o wybitnych zaburzeniach zapamiętywania. Objawy otępienne, utrzymujące się od dłuższego czasu na tym samym poziomie rozwijały się bardzo wolno w ciągu kilku lat. Urojeń i omamów nie ma. Zainteresowania zawsze ograniczone. W zachowaniu poprawny. Zapytany o rodzaj chorych w szpitalu odpowiada: „Przeważnie na umysł. Jak się z nimi rozmawia to głupstwa odpowiadają. Ja uznaję tylko chirurgów. Dr K. to mój dobry znajomy. Jak spadłem ze schodów, dorożką mnie do niego powieźli. Wziął mnie za nogę, jak krzyknę, a on do mnie: „Ach ty biedaku...“ itd. Innym razem zapytany o datę rozpoczęcia wojny światowej powiada: „w 1914 roku, ale muszę zaraz opowiedzieć, jaki to był przypadek, jak Niemcy byli w Piasecznie, a wszyscy oficerowie w hotelu Europejskim siedzą i piją. Książę Mikołaj poszedł do restauracji, zwołał ich wszystkich, ustawił w rząd i rękawicą im po twarzy przejechał“.

Masowo produkowane przez pacjenta zbędne wspomnienia, sprawiają zawsze wrażenie przeżyć rzeczywistych, bez żadnych zaburzeń pseudologicznych, lub urojeniowych. Natomiast patologiczną ich cechę stanowi brak logicznego powiązania z pytaniem lekarza, przez co schodzą one do rzędu niepotrzebnych dygresji, oraz brak zrozumienia, iż jako takie nie budzą zainteresowania lekarza, który z natury rzeczy interesuje się przede wszystkim stanem zdrowia pacjenta. Powyższy przypadek cechuje brak objawów psychotycznych w przebiegu cierpienia poza objawami otępienia, stale, chociaż bardzo wolno postępującego, a przejawiającego się w ogólnym osłabieniu, szybkości i sprawności przebiegających procesów psychicznych, których ilość zwolna, ale stale się zmniejsza.

Przypadek 9. N. k. ch. 21778. St. P. lat 52, stolarz, skończył szkołę powszechną. Rozpoznanie: *tabo-paralysis progressiva.* Konstytucji pyknicznej i syntonicznej. Data zakażenia nieznana. Pierwsze objawy przed rokiem. Przybył nie-

zorientowany, euforyczny, podniecony, słownie, zmienne, ale bogate urojenia, o treści wielkościowej i konfabulacje niewspółmierne z niedołęstwem fizycznym pacjenta, jego nieporadnością psychiczną i objawami otępiennymi. Omamów zdawał się nie mieć, zbędnych wspomnień nie wypowiadał. Miał liczne objawy neurologiczne i dodatnie odczyny serologiczne. Leczenie dało poprawę w stanie psychicznym pacjenta, odzyskał orientację, urojenia poczęły słabnąć i zanikać, pojawiły się natomiast zbędne wspomnienia, których ilość wzrastała stopniowo wraz ze wzrostem krytycyzmu. Nosiły one cechy wstawek uzupełnionych dygresjami, całkowicie rozbieżnych z treścią prowadzonej rozmowy i zupełnie nieprzydatnych, czego jednak pacjent nie dostrzegał. Wypowiedzi pacjenta dawały wrażenie wręcz niedorzecznej gadaniny, pomimo zachowania formalnej strony prawidłowego myślenia i tak np.: „...żona zabierze mnie w niedzielę jak się robota skończy... Robiłem okna podwójnie w jednym eleganckim domu, a właścicielka, inżynierowa powiada: to może pan i skrzynki zrobi? Mówię czemu nie, i zrobiłem. Potem to takich czerwonych kwiatków nasadziła". Pacjent przebywa na kuracji rok. A od dwóch miesięcy daje się zauważyć powolne, ale stałe postępujące otępienie, co zmusiło pacjenta do zaniechania nawet łatwych zadań pracy zawodowej, i wyraźnie obniżyło i tak już skąpy zakres jego zainteresowań. Wraz z ogólnym spadkiem aktywności psychicznej pacjenta, dosyć liczne dotąd zbędne wspomnienia zmniejszyły się w sposób widoczny.

Jak wynika z dłuższej obserwacji spostrzeganych przypadków, w niektórych z nich zbędne wspomnienia pojawiają się dopiero wtedy, kiedy pod wpływem leczenia następuje poprawa w stanie psychicznym pacjenta, w innych zaś pojawiają się wtedy, kiedy zanika umiejętność właściwego wyboru i celowego posługiwania się materiałem przypomnieniowym, a myślenie nosi tylko formalnie prawidłowy charakter, wówczas to pojawiają się stałe, ale bardzo powoli postępujące objawy otępienne, polegające na ogólnym osłabieniu szybkości i sprawności przebiegających procesów psychicznych. Zanika też jednocześnie zdolność rozwiązywania i subtelnej oceny trudniejszych zagadnień życiowych oraz uwydatniają się zaburzenia pamięciowe.

Znikoma ilość spostrzeganych w ciągu omawianego roku 5 przypadków psychozy maniakalno-depresyjnej nie pozwala na żadne wnioskowanie, to też ograniczam się tylko do stwierdzenia, iż objawu zbędnych wspomnień nie udało się spostrzedz w żadnym przypadku w okresie depresyjnym. Natomiast pojawiały się one mniej lub więcej często w okresie maniakalnym, przy czym ilość ich malała w sposób widoczny wraz z ustępowaniem tego okresu, zanikając całkowicie z powrotem pacjentów do zdrowia. Jeden ze spostrzeganych przypadków na szczególniejszą zasługuje uwagę, gdyż zbędne wspomnienia wypełniały masowo wszystkie jego wypowiedzi nie tylko w okresie maniakalnym, ale prze-

trwały także, chociaż bez porównania mniej liczne nawet wtedy, kiedy już objawów psychotycznych stwierdzić nie było można.

Przypadek 10. N. k. ch. 21772. M. D. lat 36, inżynier mechanik. Rozpoznanie: *psychosis maniaco depressiva.*

Pyknik i syntonik. Od paru lat krótkie i rzadkie okresy maniakalne na zmianę z dłuższymi i częstszymi okresami depresyjnymi. Dwukrotnie leczony w szpitalu. W okresie zdrowia przejawiał niewielką stosunkowo aktywność psychiczną i łatwe nużenie się pracą umysłową. Pomimo pewnej inicjatywy i dużych zdolności zawodowych, wykazywał słabą decyzję, bierny stosunek do życia oraz brak samodzielności i zdolności do realizowania swoich zamierzeń, dając sobą łatwo powodować innym. Wreszcie, co jest dosyć szczególne, zawsze był skłonny do wspomnień, które miały dlań większą wartość, niż samo przeżycie. W okresie podniecenia maniakalnego produkował masowo zbędne wspomnienia, jak np.: „Dzień dobry inżynierze"! Odpowiada: „nie jestem inżynierem... dostaliśmy za Niemców tytuł inżynierów, więc teraz odrzuciliśmy ten tytuł. Zrobię małą dygresję, pracuję obecnie w zakładach ostrowieckich, zmienili sp. o. o. Wielkich Pieców na Zakłady Ostrowieckie... Raz zapytał mnie policjant w restauracji: więc skąd Pan tu, jeżeli Pan pracuje w Ostrowcu? Przepraszam, powiadam, jest Pan nieuk, bo te Zakłady Ostrowieckie są w Warszawie na Woli, tak zwany obecnie „Parowóz" firma Szwede i Borman". Po co Pan to mówi? — „sam nie wiem, bo właściwie nie dostałem pytania". W jakim celu Pan mówił? „Jestem od urodzenia towarzyski. Doszedłem dziś w nocy do wniosku, że szczerość nie popłaca. Matka mi zawsze mówiła, po czym poznać głupiego — po szczerości jego"... itd.

Wyróżniającą cechą wypowiadanych w okresie maniakalnym zbędnych wspomnień jest przede wszystkim nieustanna zmienność treści, wywołana zaburzeniami uwagi, polegającymi z jednej strony na wybitnym wzmożeniu czujności, z drugiej na osłabianiu napięcia i bardzo małej trwałości, przy jednocześnie doskonale zachowanej pamięci. Te właśnie zaburzenia uwagi, stają się powodem niewykańczania poszczególnych, samych w sobie logicznych fragmentów wspomnieniowych i pomimo napozór wybiórczo celowego charakteru, mają cechy zupełnego nieprzystosowania ich do treści pytania, któremu mają służyć za dopowiedź. Niemożność opanowania i kierowania przydatnością i celowym zużyciem materiału wspomnieniowego powoduje, iż chaotyczne wypowiedzi pacjenta, pomimo formalnie prawidłowego myślenia, stanowią zupełnie zbędną produkcję wspomnieniową. Po wypisaniu ze sziptala, badanie, przeprowadzone w 3 miesiące później, nie wykazało objawów choroby psychicznej, ani patologicznego nastroju. Natomiast zbędne wspomnienia,, pojawiały się niekiedy w czasie rozmowy i nosiły cechę wstawek niedostrzeganych przez pacjenta, zupełnie niezwiązanych z aktualnym tematem.

W spostrzeganych 24 przypadkach alkoholizmu przewlekłego objaw zbędnych wspomnień, wystąpił tylko u 5 pacjentów, w wie-

ku powyżej lat 40. W 3 przypadkach pojawiły się one dopiero po ustąpieniu objawów *delirium tremens*, w dwóch pozostałych przypadkach występowały w przebiegu alkoholizmu przewlekłego. We wszystkich utrzymywały się w ciągu całego mniej więcej 3 miesięcznego okresu obserwacji i ulegały tylko znikomym wahaniom ilościowym, nosiły zaś cechy wstawek lub dygresyj bardzo luźnych albo wcale niezwiązanych z omawianą treścią — cechy, których pojawienie się było świadectwem zaburzeń w kierowaniu właściwym zużyciem materiału przypomnieniowego.

P r z y p a d e k 11. N. k. ch. 22915. Rozpoznanie: *alcoholismus chronicus et degeneratio alcoholica*. S. R., lat 46, zdolny literat.

Pije nałogowo od 6 lat, dochodząc do ± 1 litra dziennie. Zorientowany, przesadnie pewny siebie, bezkrytyczny w ocenie swoich obecnych możliwości literackich i znaczenia swego nałogu. Niezdolny do subtelnego i logicznego rozumowania, ani poczucia wartości uczuć wyższych. Urojeń nie wypowiadał, omamów nie miewał. Wypowiadał się z pewnym trudem, niezręcznie formułując swoje myśli. Natomiast zbędne wspomnienia produkował obficie. Zapytany o powód przybycia do szpitala, odpowiada: „Jestem znanym literatem, drukowałem swoje nowele w gazetach, sprzedałem powieść „Czytelnikowi" i miałem za to bardzo wysokie zaliczki"... itd., „ustaliłem z żoną budżet, bo chciałem wyreperować zęby, gdyż dzieciom było już wszystko sprawione... wieczorem spotkałem kolegę literata, wstąpiliśmy do restauracji w Grodzisku i tam okazało się, że nie mam nic pieniędzy, żona powiada, że „to on cię okradł", to jest wykluczone, bo to już nieraz się zdarzało, że ona mi sama wyciągała z kieszeni. Powiada, że mnie wypisze, ale chce, żebym podpisał zobowiązanie"... itd.

W przebiegu p s y c h o s i s s e n i l i s na ogólną liczbę 15 przypadków, objaw zbędnych wspomnień był stwierdzony tylko u 6 chorych z rozpoznaniem *dementia senilis*. Były to mniej lub więcej bezładne i niepowiązane strzępy zbędnych wspomnień, z zaburzeniami porządku chronologicznego i częstymi perseweracjami, niecelowe, nieprzydatne produkcje, nad którymi pacjent nie panował i których nie potrafił odpowiednio przystosować do wypowiadanych treści nawet w tych przypadkach, w których spostrzegał ich zbędność. W żadnym ze spostrzeganych przypadków nie stwierdzono omamów, urojenia zaś miały treść zmienną i były nietrwałe.

P r z y p a d e k 12. N. k. ch. 20827. B. N. lat 67, repatriant, rolnik z zawodu. Rozpoznanie: *dementia senilis*.

Przybył bez anamnezy. Leptosom o wybitnie starczym wyglądzie. Źle zorientowany w czasie, gadatliwy, natrętny, bezkrytyczny. Duży niepokój psychoruchowy z bezsennością. Dość znaczne, postępujące otępienie. Zapytany o samopoczucie powiada: „Paniuńciu złotuńciu moja, na cóż mnie trzymacie. Jak przyjechał książę R., to mówią do mnie panie N. idź pan tu. To ja biorę kwitariusz i idę. Razem 12 lat przesłużyłem w tartaku"... itd. Ja pytam o zdrowie? „Gdzie co innego mówię.

Trzeba N. wysłuchać, zlitować się nad jego zdrowiem. To ja do fabryki postąpiłem pana księcia R. On miał fabrykę, tartak i zamek... No to ja zapędził się, ale złotuńciu moja, ja zaraz wszystko powiem o zdrowiu, jaż nie wariat. Proszę się zgodzić z tym, co N. mówi, że rząd Ameryki 250.000 rozdzielił między ludzi...".

W 8 przypadkach psychosis involutiva objaw zbędnych wspomnień pojawił się tylko u 2 chorych, z tych jeden dla przykładu zostaje zamieszczony.

Przypadek 13. N. k. ch. 21821 K. F. Rozpoznanie: *psychosis involutiva*, lat 56. Chory mniej więcej od roku podniecony ruchowo i słownie lub przygnębiony. Apatyczny, z urojeniami o treści wielkościowej i prześladowczej, zmiennymi mało trwałymi. Zorientowany, przedsiębiorczy. Konstytucji atletycznej, psychicznie z przewagą syntonii. Niepomiernie gadatliwy, produkował obficie zbędne wspomnienia. Powód przybycia? „...miałem zatarg z p. X, bo usiłowałem ujawnić nadużycia i winnych napiętnować... Zrobili ze mnie wariata, żona dobra kobieta, ale omotali ją. Żyliśmy ze sobą zawsze bardzo dobrze. Żona jest trudnym człowiekiem, ale ja byłem cierpliwy, ona zawsze była doskonałą gospodynią, lubiła żeby w domu były kwiatki, dywany, porcelana"...

W 10 przypadkach psychopatiae constitutionalis zaledwie w 3 objaw zbędnych wspomnień został stwierdzony. Tak skromna ilość obserwacji w tej grupie jak i w poprzedniej nie pozwala na żadne miarodajne wnioskowanie. To też niżej podany przykład z grupy *psychopatie constitutionalis* zostaje zamieszczony tylko dla przykładu.

Przypadek 14. N. k. ch. 22644. A. Z., lat 50, urzędnik. Rozpoznanie: *psychopatia constitutionalis*.

Typ dysplastyczny, raczej syntonik. Zorientowany, zupełnie nieopanowany, uczuciowiec, aż do teatralności, niedołęga życiowy, bezwolny, o bardzo słabej inicjatywie. Dużo i chętnie mówi o sobie, popadając często w dygresje o charakterze zbędnych wspomnień. Czy był w wojsku? „W czasie wojny byłem zwolniony z wojska z rozpoznaniem *histeria gravis*. W czasie przewrotu bolszewickiego chodziłem w mundurze, kiedyś podszedł do mnie przyszły zabójca cara, Bielgorodow, mój ojciec też go znał, ojciec był sędzią, chciał się wtedy przenieść do Kazania. Był patriotą polskim i dlatego nie powiesili go".

Dodać należy, iż w żadnym z wymienionych przykładów z objawami zbędnych wspomnień nie zostały stwierdzone omamy, ani też urojenia, a w przypadkach psychozy inwolucyjnej urojenia były zmienne i nietrwałe w treści, lecz zato bogato udowadniane. Twierdzenie, iż nic takiego nie dzieje się w psychice człowieka chorego, czego przedtem nie było w psychice człowieka zdrowego i tym razem znajduje swoje uzasadnienie. Okazuje się bowiem, iż występowanie objawu zbędnych wspomnień nie jest wcale przywilejem ludzi chorych psychicznie, lecz objawem spostrzeganym

także u dzieci, jak i u dorosłych, u których nie stwierdzono objawów choroby psychicznej, jak tego są przykładem zamieszczone niżej przypadki.

P r z y p a d e k 15. Dotyczy dziecka, liczącego 3 lata i 10 miesięcy, zdrowego psychicznie i prawidłowo rozwiniętego. Dziecko chodzi po pokoju i niepytane mówi: „Co Pani pisze? A po co? (ogląda przedmioty na stole). O, tu ołówek, a tu pióro, to się macza w atramencie i można pisać, a mój tata ma wieczne pióro. A po co Pani nie ma? A to są książki, czytasz to? Moja chrzestna mama przywiozła mi książkę. A moja chrzestna mama jest ciocia Zosia i mieszka w Warszawie. W niedzielę jechałam z tatą tramwajem i było dużo ludzi. A gdzie twoja chrzestna mama? Mój tata nazywa się Władysław a ciocia mówi Władek. Wczoraj to ja rzodkiewki jadłam, a one są czerwone, wiesz? A na końcu białe. A ja mam nową wstążkę i fartuszek i byłam u ogrodnika wczoraj i jeszcze przedwczoraj"...

Niepowiązane fragmenty wspomnieniowe z pominięciem porządku chronologicznego wypowiadane są przez dziecko w taki sposób, w jaki w danej chwili przyszły mu na myśl. Na szczególniejszą uwagę zasługuje uderzające podobieństwo formy i bezładnie produkowanej ubogiej treści wspomnieniowej w wypowiedziach dziecka, z przypadkiem, cytowanym już na początku, stanu zamroczeniowo majaczeniowego. Niewątpliwie część tych produkcji dziecka może mieć charakter odruchów warunkowych

Następny p r z y p a d e k 16 dotyczy pielęgniarki B. H., lat 62, zajmującej od lat 23 stanowisko kierownicze. Konstytucji leptosomicznej i schizotymicznej o dosyć dużej skali zainteresowań. Nie wykazująca objawów choroby psychicznej, lub zaburzeń charakterologicznych, ani też objawów choroby psychicznej. Zarówno pod względem charakterologicznym, jak i intelektualnym, nie wykazująca odchyleń, oraz spełniająca czynności zawodowe dobrze, a jednak przy każdej sposobności produkująca masowo zbędne wspomnienia z zachowaniem wprawdzie wybiórczego charakteru, ale z zupełnym brakiem celowego przystosowania, jak i brakiem uświadomienia sobie niepowiązania ich z treścią odpowiedzi, np.: „Nalać Pani herbaty czy kawy?" „Nie, wolę herbatę. Bardzo lubię herbatę. Jak pracowałam w lecznicy na Szucha u dra S., to pracował tam także dr O. Tęgi pan, wysoki, mógł bardzo dużo zjeść i lubił dobrze zjeść. Ogromnie lubił herbatę. To też jak tylko już wieczorem było po pracy, to tak koło godziny 10-ej, bardzo często przychodził do mnie i z daleka wołał: „Proszę o herbatę, ale o dobrą herbatę". Zawsze ze sobą coś przynosił, a to szynkę"...

O ile się nie przerwało, to tego rodzaju produkcje mogły trwać bardzo długo, a występowały przy każdej, nawet krótkiej rozmowie.

Zestawienie spostrzeganych przypadków doprowadza do wniosku, iż brak jest stałego związku występowania zbędnych wspomnień z zaburzeniami świadomości. Chociaż bowiem w stanach zamroczeniowo-majaczeniowych

pojawiły się one w 23 przypadkach, to jednak w pozostałych dwóch nie zostały stwierdzone i nie występowały także w przebiegu *delirium tremens*. Poza tym na ogólną liczbę 145 przypadków spostrzeganych, zbędne wspomnienia pojawiły się w 122 przypadkach, z całkowicie lub częściowo zachowaną świadomością. Jak wynika z obserwacji przypadków, występowanie i zanikanie zbędnych wspomnień jest ściśle związane z pojawianiem się i zanikaniem innych objawów psychotycznych. Świadczy to o pewnej zależności występowania zbędnych wspomnień od stanu chorobowego, a więc o przynależność ich do symptomatologii psychopatologicznej i pozwala uważać je za objaw. Dalsze rozważania doprowadzają do następujących wniosków. Jak świadczą o tym omówione przypadki, brak jest bezpośredniej zależności występowania zbędnych wspomnień od objawów otępiennych, jeżeli nie są one zbyt głębokie. Pojawiają się one raczej niezależnie i należą do jakiegoś innego procesu, przebiegającego równolegle, który może ulegać wahaniom pod wpływem leczenia. Objaw zbędnych wspomnień zanika wprawdzie gdy ustępują objawy chorobowe, w niektórych jednak przypadkach pojawia się właśnie wtedy, gdy następuje poprawa zdrowia pacjenta, jak się to spotyka w *paralysis progressiva* i co na szczególniejszą zasługuje uwagę, zanika znowu w tych przypadkach, jak np. w schizofrenii, w których proces chorobowy ulega dalszemu pogłębianiu się, ujawniając objawy psychotyczne jak omamy, trwałe urojenia o treści często absurdalnej itd. Podkreślić należy, iż w 145 przypadkach omawianych, w okresie występowania zbędnych wspomnień ani razu nie udało się stwierdzić obecności omamów, występujące zaś urojenia, były zwykle nietrwałe, treści zmiennej, a nawet w niektórych przypadkach mniej lub więcej krytycznie doceniane przez pacjenta jako objaw chorobowy lub podejrzane jako taki. We wszystkich 145 przypadkach istnieje ścisły i niewątpliwy związek występowania zbędnych wspomnień z zaburzeniami najwyższych, przyczynowo logicznych czynności psychicznych. Zaburzenia te, jak wynika z rozważań przypadków, polegają na osłabieniu zdolności do opanowania całego materiału myślowego, oraz celowego doboru i właściwego przystosowania go do treści wypowiedzi, przy jednocześnie większym lub mniejszym zachowaniu strony formalnej prawidłowego myślenia. Dodać należy, iż skoro zaburzeniu ulegnie i strona formalna, czy to z powodu występującego rozkojarzenia, czy też głębokich zmian otępiennych, objaw zbędnych wspomnień ulega również zanikowi.

Występowanie zbędnych wspomnień w chorobach psychicznych nie wyklucza pojawiania się tego objawu także i u ludzi zdrowych psychicznie, u dzieci, a nawet osób dorosłych jak o tym świadczą przytoczone

przykłady. U dziecka mamy do czynienia z niedokończonym jeszcze rozwojem psychicznym i z brakiem lub niedostatecznym poziomem myślenia przyczynowo logicznego, które może dać należytą ocenę, samokrytykę i właściwe kierownictwo wypowiadaną treścią. Inaczej dzieje się u dorosłych, którzy osiągnęli prawidłowy poziom rozwoju psychicznego. Występowanie zbędnych wspomnień u dorosłych zdrowych psychicznie wiąże się, jakby można sądzić, że słabszymi konstytucyjnie najwyższymi czynnościami psychicznymi, w innych zaś przypadkach z dowolnym i odwracalnym zwolnieniem napięcia, najwyższych czynności psychicznych np. w zwyłej rozmowie towarzyskiej, wolnej od wysiłku myślowego. Natomiast u osób w posuniętym wieku wydaje się, iż z powodu biologicznego wyczerpania się tkanki mózgowej dochodzi do osłabienia sterniczo kontrolnych czynności psychicznych i ujawnienia się zbędnych wspomnień. Powyższe rozważania doprowadzają do wniosku, iż chodzi tu o proces dyssolucyjny, gdyż zaburzenia lub osłabienie najbardziej złożonej, najmniej trwałej i ewolucyjnie najmłodszej aktywności czołowo sprzężonej, której wyrazem jest myślenie przyczynowo logiczne, doprowadza do ujawniania się niższego, ewolucyjnie starszego poziomu, jakim jest poziom myślenia prelogicznego. Objaw zbędnych wspomnień jest więc objawem procesu dyssolucyjnego, a poziom na jakim występuje jest wprawdzie najniższy, ale wciąż jeszcze należy do najwyższego piętra dynanizmów czołowo sprzężonych. Przemawia zatym zanikanie zbędnych wspomnień aż do zupełnego ich braku w przypadkach ujawniania się poziomu prelogicznego ze wszystkimi jego objawami, jak to ma miejsce np. schizofrenii i pojawienie się zbędnych wspomnień wraz z ustępowaniem objawów prelogicznych jak np. w przebiegu zdrowia w *paralysis progressiva*. Cytowany na początku przypadek stanu zamroczeniowo majaczeniowego, jest właśnie przykładem tej granicy. Dyssolucja w zakresie aktywności czołowo sprzężonej ujawniła najniższy poziom odpowiadający ewolucyjnie poziomowi wieku dziecięcego i, zatrzymując się na nim, nie doprowadziła jeszcze do odhamowania procesów prelogicznych. Występowanie objawu zbędnych wspomnień, niezależnie od ich liczebności, pozwala stwierdzić, zależnie od ich charakteru, stałą lub przejściową niewydolność najwyższych czynności psychicznych, których wyrazem jest prawidłowe myślenie przyczynowo logiczne.

W dostępnej mi literaturze z okresu ostatnich 15 lat nie znalazłem ani jednej pracy omawiającej zagadnienie wspomnień lub zbędnych wspomnień w ujęciu teorii dyssolucyjnej. Odnośnie tego tematu *G. Bychowski* w 1933 r. pisząc „O pewnych zagadnieniach w schizophre-

nii" przytacza piękne przykłady zbędnych wspomnień, abyśmy je za *Mazurkiewiczem* określili, które jednak rozważa jako „zaburzenia przełączenia" lub „denerwacji" dochodząc do końcowego wniosku w rozważaniu myślenia schizofrenicznego, i: „przynajmniej w pewnej grupie tych psychoz" polega ono na apraksji agnozji myślenia. Również w roku 1933 *H. Baruk*, w swojej pracy pt. „Epilepsie et troubles de la pensée intérieur", terminem „mentisme", określa lżejsze zaburzenia myślenia naczelnego, polegające na swobodnym i bezładnym przebiegu marzeń, w s p o m n i e ń, planów itd. w „prawie fizjologicznych stanach" przedsennych lub zmęczenia psychicznego. Wreszcie *E. Minkowski* w książce swojej „Le temps vecu", uważa niepotrzebne występowanie wspomnień, jako wynik zaburzeń w ocenie i poczuciu czasu, traktując samo wspomnienie jako jedno z wyobrażeń czasowych", które przebiegając w czasie jednocześnie zamyka go w sobie. I dopiero w niewydanej pracy *J. Mazurkiewicza* „Psychofizjologia", która w najbliższym czasie ma się ukazać w druku, spotykamy się z terminem zbędnych wspomnień.

P I Ś M I E N N I C T W O

H. Baruk — „Epilepsie et troubles de la pensée interieur". 1933 (tom I) „Annales medico-psychologiques".

G. Bychowski — „O pewnych zagadnieniach schizofrenii w świetle patologii mózgowej". 1933. „Rocznik Psychiatryczny". XXI.

J. Mazurkiewicz — „Psychofizjologia" (w druku).

E. Minkowski — „Le temps vecu".

STANISŁAW CWYNAR

PRÓBA SYNTETYCZNEGO UJĘCIA MECHANIKI DZIAŁANIA ELEKTROWSTRZĄSÓW NA PODSTAWIE OBSERWACJI PSYCHICZNIE CHORYCH LECZONYCH W WILEŃSKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM

Jak każda nowa metoda, tak i metoda posługiwania się elektrowstrząsami w lecznictwie psychiatrycznym, w celu uzyskania poprawy stanu zdrowia psychicznie chorych, jest jeszcze z wielu względów zagadką. Bezsprzecznie widzi się piękne wyniki w wielu przypadkach leczonych tą metodą, ale są też przypadki, które się wpływom elektrowstrząsów nie poddają. Można powiedzieć, że znaleziono dość uniwersalny klucz, który otwiera różne zamki, ale nie wszystkie i nie zawsze. W tym momencie powstaje niecierpliwe pytanie, dlaczego tak jest? Powstaje pragnienie stworzenia syntetycznego ujęcia mechaniki działania elektrowstrząsów na psychikę chorego. Praca ta będzie próbą stworzenia takiego ujęcia.

Zróbmy przegląd zjawisk, jakie obserwujemy w czasie trwania elektrowstrząsu i po nim.

Skurcz toniczny obejmujący wszystkie mięśnie, przechodzący następnie w kloniczny, silne przekrwienie obwodowe, bezdech, a później forsowne oddychanie, wzmożone pocenie się, utrata przytomności od momentu włączenia prądu na okres wahający się od 5 minut do 1 godziny i amnezja, obejmująca czas trwania wstrząsu oraz, w większości wypadków, kilka minut poprzedzających zabieg.

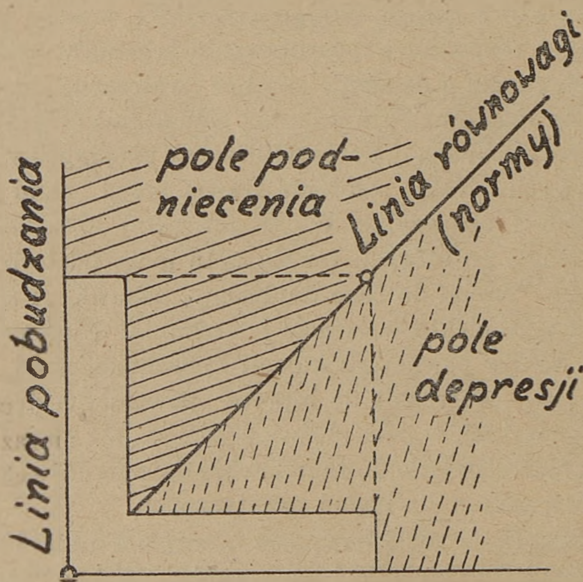
W płynie mózgowym po zabiegu występuje leukocytoza i dodatnia próba białkowa, które utrzymują się w ciągu kilkunastu godzin i znikają. Ciśnienie krwi u osób z niskim i normalnym ciśnieniem nieco się podnosi, a u osób

ze stale podwyższonym ciśnieniem — nieco się obniża. U chorych leczonych stwierdza się poprawę snu, lepszy apetyt, przy dostatecznym karmieniu przybywanie wagi ciała i ciekawy objaw dwukierunkowości działania wstrząsu, tzn. — chorzy apatyczni ożywiają się, a chorzy podnieceni uspokajają się.

Ostry obraz choroby traci kontury, zaciera się, a w ciągu dłuższego leczenia chorzy stają się psychicznie podobni do siebie. (To upodobnienie się długo leczonych chorych należy wziąć na karb wspólnego dla wszystkich chorych objawu otępienia powstającego na skutek przedawkowania) Oto w ogólnych zarysach wszystkie dostrzeżone zjawiska zachodzące w związku z elektrowstrząsem. Jeśli chodzi o wyniki leczenia, to na pewno najszybciej występuje poprawa wszędzie tam, gdzie: 1) momentem wywołującym był uraz psychiczny, a więc w psychozach reaktywnych, występujących pod najrozmaitszymi postaciami; 2) w przypadkach świeżych; 3) u osobników niezbyt młodych. Odnosi się to do tej grupy wyników terapeutycznych, która osiąga 100% remisyj. Tę właśnie grupę obrałem sobie za przedmiot rozważań w poszukiwaniu schematu działania elektrowstrząsów. Jeśli chodzi o działanie samego wstrząsu, można by mówić o następowej aktywizacji ustroju wskutek pobudzenia centralnego systemu nerwowego, a przez pobudzony system nerwowy zdopingowanie wszystkich funkcyj ustrojowych. Takie założenie stawia przed nami jeszcze wiele zadań klinicznych i eksperymentów w pracowni histo-fizjologa i chemika fizjologicznego, po których rozwiązaniu może udało by się dać ściślejszą odpowiedź. Zanim do tego dojdziemy, nasuwa mi się wyjaśnienie problemu poprawy po elektrowstrząsie i mechaniki działania samego elektrowstrząsu na drodze pewnej spekulacji psychologicznej. Przyrodnicy odnoszą się na ogół sceptycznie do hipotez powstałych drogą spekulacyj myślowych, niepopartych w pełni doświadczeniem, ale nieraz właśnie takie częściowo intuicyjne podejście do zagadnienia daje cenne wskazówki i może wyznaczyć pewien zakres dla badań praktycznych.

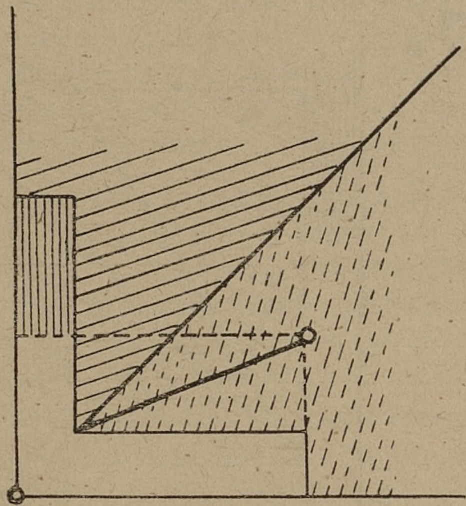
Zorganizowane życie psychiczne jest szeregiem mniej lub więcej uwarunkowanych impulsów działania i hamowania. Wobec każdego napotkanego faktu nasza osobowość musi powiedzieć „tak“ lub „nie“, jeśli oczywiście nie jest to fakt obojętny dla interesu naszej osobowości. Są dwie strefy w obrębie każdej osobowości psychicznej. W jednej strefie gromadzą się doświadczenia, tj. kronika percepowania świata zewnętrznego, która jest materiałem warunkującym zachowanie się drugiej strefy. Druga strefa osobowości psychicznej jest strefą fasadową, frontową, która aktywnie reguluje w czasie stosunek osobowości psychicznej do nowospotyka-

nych zjawisk. W tej drugiej strefie musi być jakiś mechanizm, który w pewnym wypadku pobudza działanie, w innym pobudza hamowanie, a w obu wypadkach stwarza fakty, które nasycają treścią strefę pierwszą, dodając jej nową składową sił warunkujących zachowanie się strefy drugiej w dalszym nadchodzącym czasie. Tak więc obie strefy wzajemnie warunkują swoje zmiany. Wyobraźmy sobie ów mechanizm działający w strefie drugiej jako dwa ramiona siły — pobudzające i hamujące. Oczywiście nie mam zamiaru rozstrzygać tym rozumowaniem, że te ramiona siły są odśrodkową częścią odruchu warunkowego. Nie będę też twierdził, że w działaniu tych ramion zawarty jest efekt reakcji między pojawiającą się podnietą z zewnątrz a zawartością neuronów pamięciowych, w których zsumowane są dawniejsze doświadczenia. Tu biorę pod uwagę jedynie tę część funkcji psychicznej, która wyraża się przez łańcuch pobudzeń czy hamowań w obliczu konieczności wyboru.

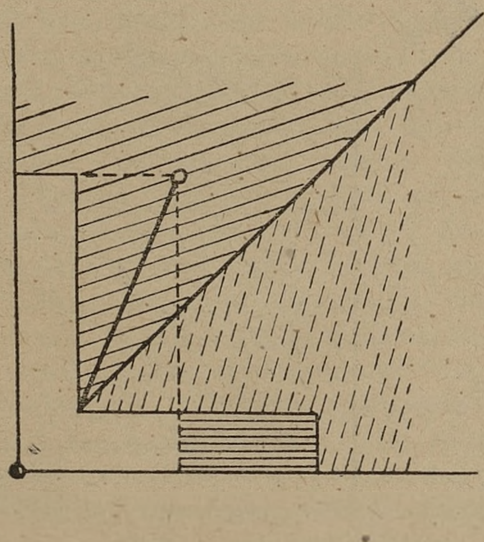


W dwu możliwościach działania tych ramion, tj. pobudzania czy hamowania, mogą zajść cztery zmiany patalogiczne a w związku z tym ujawniają się na zewnątrz jako objaw chorobowy dwa odchylenia od psychoruchowego zachowania się chorego osobnika. Oto te cztery rodzaje zaburzenia równowagi dwu sił:

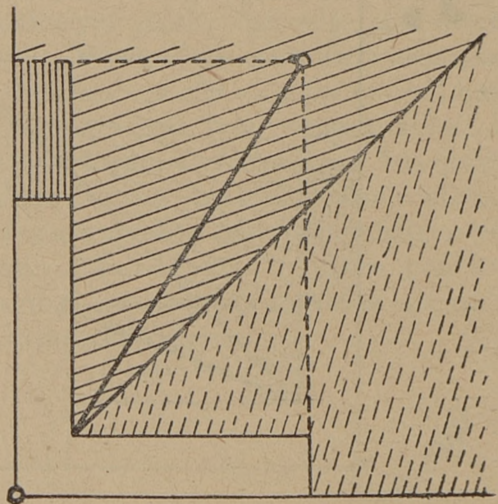
1.



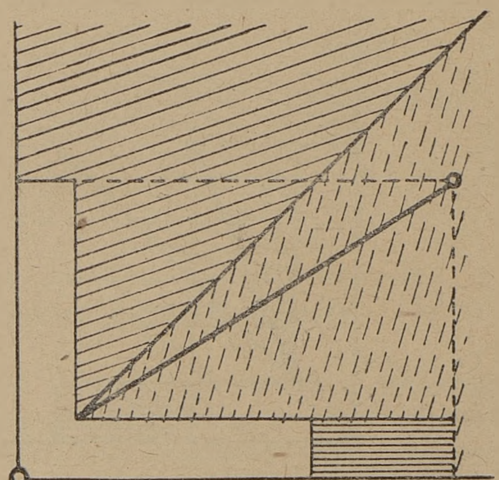
2.



3.



4.



1. Osłabienie pobudzenia i wynikająca stąd przewaga hamowania, dająca w obrazie choroby depresję, apatię, stupor.
2. Osłabienie hamowania i wynikająca stąd przewaga pobudzenia, dająca w obrazie choroby podniecenie, niepokój, szał.
3. Wzmożenie pobudzania i wynikająca stąd przewaga pobudzania, dająca w obrazie choroby, znowu podniecenie niepokój, szał.
4. Wzmożenie hamowania i wynikająca stąd przewaga hamowania, dająca w obrazie choroby znowu depresję, apatię, stupor.

Widać więc, że z czterech możliwych odchyleń od normy funkcyj owych dwu ramion siły powstają tylko dwa obrazy chorobowe: pierwszy w wypadku odchylenia 1 i 4, drugi w wypadku odchylenia 2 i 3. Równowaga w działaniu obu ramion stwarza warunki harmonijnego nasycania się psychiki treścią w jej pierwszej strefie, która to treść warunkuje wybór działania „tak" lub „nie" drugiej strefy, zgodnie z interesem osobnika.

Zaburzenie tej równowagi sprowadza: 1. przez nadmierne hamowanie, osłabienie lub zniesienie aktywności, a tym samym niedowóz treści z zewnątrz; 2. przez nadmierne pobudzenie, wzmożenie aktywności, niedostatecznie warunkowanej i rozpraszanie wewnętrznej treści.

A teraz przypomnimy sobie wzmiankę na początku tej pracy o zauważonej dwukierunkowości działania elektrowstrząsu. Chorych niespokojnych elektrowstrząs uspokaja. Chorych apatycznych, stuporowatych ożywia. Można by wziąć też pod uwagę i zachowanie się ciśnienia tętniczego krwi, które jeśli było niskie, nieco podnosi się, a jeśli było wysokie, nieco się obniża. Jak powiązać te spostrzeżenia? Otóż we wszystkich rodzajach zaburzenia równowagi dwu sił, tj. pobudzającej i hamującej, interwencja elektrowstrząsu działa paraliżująco. Chwilowe porażenie doprowadza nieharmonijną, patalogiczną potencję pobudzania lub hamowania do zera. Po okresie porażenia, w chwili odzyskiwania przytomności, następuje odradzanie się potencji obu sił i w chwili odradzania się obie słabe siły są równe, a zatem i życie psychiczne osobnika nabiera cech normalnych. Po kilku godzinach, czy nawet kilku minutach tempo odradzania się obu sił zwykle staje się jeszcze niejednakowe, ujawnia się nierównowaga i znowu stan chorego ulega pogorszeniu. Tak jest po pierwszym lub drugim elektrowstrząsie. Po każdym następnym jednak równowaga w okresie odradzania się po paraliżu trwa dłużej, aż wreszcie utrzymuje się na stałe. Przy krótkotrwających psychozach chory przy pomocy elektrowstrząsu łatwo odnajduje równowagę, zwłaszcza jeśli nie burzy jej powrotne działanie przyczyny, która spowodowała chorobę, np. w psycho

zach reaktywnych. W innych psychozach schemat prawdopodobnie jest ten sam, jedynie przyczyny są inne i na nieco innych drogach działają. W każdym wypadku, czy przyczyna jest znana czy nie, przyjęcie takiego mechanizmu działania elektrowstrząsów ułatwia zrozumienie problemu, dlaczego pomaga on w tak różnych obrazach chorobowych. Pozostaje jeszcze kwestia dlaczego w obrębie tego samego obrazu chorobowego osobniki młode leczą się gorzej i wolniej, a osobniki starsze szybciej i lepiej. Uważam, że w każdym człowieku istnieje pion psychiczny, który stanowi idealną linię normy jego osobowości. Istnieje również coś w rodzaju normotropizmu, który jeszcze w początkach choroby działa dość sprawnie. Wystarczy stworzyć odpowiednie warunki, a ów normotropizm pomaga odnaleźć choremu jego normę i umocnić się w niej. Elektrowstrząs uważam za taki warunek znoszący, choćby chwilowo, odkształcenie w mechanice przebiegów życia psychicznego i umożliwiający w tym czasie dojście do głosu owego normotropizmu u chorego, który zdążył pojąć swój stan chorobowy. Tym należy tłumaczyć fakt, że elektrowstrząs bez psychoterapeutycznej interwencji lekarza daje tak często dobre wyniki. Psychika osobników młodych zmienna, plastyczna, chłonna i raczej ekstrawertowana lub zapatrzona w siebie jak w eksponowany gdzieś poza sobą fantastyczny scenariusz nie ma wyrobionego owego tropizmu ku normie, poprostu dlatego, że swej normy nie zna, bo jeszcze nie ma skrystalizowanej indywidualności Toteż osobniki młode wymagają przy leczeniu elektrowstrząsami znacznie więcej troski, uwagi i współdziałania lekarza. Trzeba ich urabiać, odgadywać ich normę i pomagać im utrwalić się w takiej pozycji psychicznej, która jest im najbliższa i najlepiej godzi ich ze światem. Przy czujnym, życzliwym i inteligentnym traktowaniu chorych osobników młodych w czasie stosowania elektrowstrząsów, czy też innych wstrząsów leczniczych, procent uleczonych chorych zawsze zwiększa się.

Nie przypisuję sobie wielkiej zasługi przez ogłoszenie tak ujętego przeze mnie mechanizmu działania leczniczego elektrowstrząsów. Dla niektórych może będzie to pobudką do dalszych badań tego problemu od strony psychologicznej i do wyświelenia mechanizmu działania elektrowstrząsów na drodze czysto empirycznej.

STANISŁAW ŚWIERCZEK
Zakład Psychiatryczny Obrzyca-Międzyrzecz

O LECZENIU SCHIZOFRENII KARDIAZOLEM POZA ZAKŁADEM

W jesieni 1939 r. wysiedlili mnie Niemcy ze Szpitala Psychiatrycznego w Owińskach pod Poznaniem, na skutek czego przebywałem przez czas okupacji niemieckiej (1939 — 1945) jako lekarz praktyk na wsi. Z powodu trudności wojennych, a następnie unieruchomienia przez okupanta Zakładu Psychiatrycznego w Kobierzynie, znalazła się Małopolska w sytuacji ciężkiej pod względem opieki psychiatrycznej. Z powodu zgłaszania się psychicznie chorych, zwłaszcza schizofreników, byłem zmuszony przeprowadzać leczenie tych chorych wstrząsami kardiazolowymi na miejscu, w prywatnym gabinecie lekarskim. Ponieważ leczenie to przeprowadzałem przed wojną w Zakładzie Psychiatrycznym w Owińskach, nowość stanowiła dla mnie tylko sprawa odpowiedzialności stosowania tego leczenia w praktyce prywatnej. W tych wyjątkowych warunkach, pozbawiony bowiem zupełnie literatury naukowej, byłem zmuszony postępować początkowo bardzo ostrożnie i wypracować sobie dopiero właściwą technikę. W związku z tym dawkowanie wypadało z początku bardzo ostrożnie, zaczynałem od najmniejszych dawek wstępnych i tylko bardzo powoli dawki później zwiększałem. Rzecz prosta, że leczenie przeprowadzałem tylko za specjalnym pisemnym oświadczeniem rodziny chorego, że leczenie przeprowadzi się jedynie na jej prośbę oraz że rodzina nie będzie sobie rościć żadnych pretensji do leczącego w razie wystąpienia jakichkolwiek powikłań w następstwie leczenia. Poniżej przedstawiam w skrócie wyniki leczenia, przy czym nadmieniam, że mniej mi chodzi o ostateczne wyniki leczenia, a więcej o podkreślenie nowości tego sposobu, tj. wy-

konywania leczenia wstrząsowego w praktyce prywatnej zdala od szpitala. Materiał mój obejmuje 24 przypadki leczone w czasie od 7.12.1939 do 5.8.1945, początkowo na terenie powiatu kolbuszowskiego, a następnie (od lipca 1945) na terenie powiatu jasielskiego. Poniżej przedstawiam w streszczeniu najważniejsze przypadki.

P r z y p a d e k 1. Pacjentka J. R., lat 32, zamężna, bezdzietna, chorowała już w okresie dojrzewania, drugi raz choroba wystąpiła przed mniej niż 3 miesiącami. Leczenie od 7.II. do 26.III.1940, łącznie 17 zastrzykami od 0,3 do 1,3 kardiazolu, z tego 8 napadów. Wyleczenie trwające do lata 1945.

P r z y p a d e k 2. Pacjent W. K., żonaty, bezdzietny, choroba trwała od kilku lat przed wojną (1939), schizofrenia o zmiennym przebiegu. Leczenie od 28.V. do 20.VII.1940, chory otrzymał 17 zastrzyków w dawce od 0,3 do 0,75, z tego tylko 7 napadów, poprawa.

P r z y p a d e k 3. Pacjentka Z. K., zamężna, ma dzieci. Katatonia, trwająca od niedawna (mniej niż 3 miesiące). Leczenie od 23.II.1940 do 13.I.1941. Początkowo otrzymała 15 zastrzyków od 0,5 do 1,05 g, po przerwie spowodowanej przez rodzinę (ponieważ po 8 napadach chora zdawała się być wyleczona, mąż przerwał leczenie). Ponownie leczona na skutek nawrotu, przy czym chora otrzymała jeszcze 8 zastrzyków (0,61 — 0,75), z tego 7 udanych napadów. U chorej tej pierwszy napad wystąpił dopiero po dawce 0,75, drugi po 0,95, trzeci po 1,05 g. Były to stosunkowo wysokie dawki, w porównaniu ze stosowanymi u innych pacjentek. U chorej tej już po drugim napadzie nastąpiła znaczna poprawa.

P r z y p a d e k 4. Pacjent W. T., lat 35, kawaler, absolwent med. wet. Początkowo obraz ciężkiej naurastenii, następnie dopiero objawy schizofrenii. Początek choroby w czasie wypadków wojennych we wrześniu 1939 r. W tym samym czasie młodszy brat chorego przebył pierwszy atak schizofrenii, niedługo potem drugi atak. Poza tym inne znaczne obarczenia dziedziczne. Leczenie od 20.XII.1940 do 21.II.1941. Pacjent otrzymał łącznie 17 zastrzyków, z tego tylko 6 napadowe dawki od 0,4 do 0,85. Rodzina przerwała leczenie z powodu niechęci pacjenta do dalszego leczenia, w stanie poprawy.

P r z y p a d e k 5. Pacjent J. T., lat 19, chory od 1938 r. (a więc dwa i pół lat) przypadek typowy: *schizophrenia simplex.* Leczenie od 28.II do 19.III.1941 w ilości 12 zastrzyków 0,5 do 0,71 g, z tego 6 napadów. Brak poprawy.

P r z y p a d e k 6. Pacjent F. R., lat 22, chory od 3 i pół lat, leczył się już wstrząsami w Kulparkowie. Brat przyrodni chory psychicznie. Pacjent cierpi na schizofrenię. Leczenie od 13.III.1943 do 10.IV.1943 w ilości 13 zastrzyków od 0,4 do 1,1. Przebył 8 napadów, pierwszy napad już po pierwszym zastrzyku, drugi napad dopiero po 7 zastrzyku w dawce 1 grama, trzeci napad po 8 zastrzyku (1,1), następnie zmniejszano stopniowo dawkę do 0,75, a napady zawsze występowały, podczas gdy w pierwszej części kuracji po takich samych dawkach (0,7 — 0,9) napadów nie było. Bardzo znaczna poprawa, trwająca jeszcze w lecie 1945, kiedy chorego widziałem ostatni raz.

Przypadek 7. Pacjentka H. M., lat 25, panna. Ojciec w roku 1914 i 1924 przebył krótką, przemijającą psychozę. Siostra ojca matki cierpiała na psychozę starczą, syn brata ojca — na ciężką psychonerwicę. Pacjentka zawsze nadwrażliwa i nerwowa. Początek choroby w listopadzie 1942, pogorszenie w kwietniu 1943. Objawy katatonii. Leczenie od 29.IV do 22.V.1943 w ilości 10 zastrzyków 0,35 do 0,55, z tego 8 napadów. Wyleczenie.

Przypadek 8. Pacjentka L. K., lat 20, panna, chora od niedawna, mniej niż 6 mies. schizofrenia, katatonia. Leczenie od 8.VI. do 8.VII.1943 w ilości 12 zastrzyków od 0,36 do 0,6, z tego 8 napadów. Wyleczenie.

Przypadek 11. Pacjent J. K., kawaler, schizofrenia (katatonia). Brat chorego: schizofrenia od kwietnia 1943, sam pacjent chory od lata 1943. Ojciec ojca: psychoza starcza, dwaj synowie siostry matki: przemijająca psychoza. Leczenie od 16.IX do 17.X.1943 w ilości 13 zastrzyków od 0,43 do 1,32, z czego 8 napadów. Pierwszy napad dopiero po 10,3 cm (1,03 g.) kardiazolu. Wyleczenie z ostrej psychozy, po kilku miesiącach ponowny słabszy napad choroby, jak się przypadkowo dowiedziałem. Pacjent typu atletycznego.

Przypadek 12. Pacjentka J. S., lat 27, panna, chora od sierpnia 1943, schizofrenia (katatonia). Leczenie, w skutek samowolnego przerwania kuracji przez matkę, odbyło się w dwuch ratach. Pierwszy raz od 10.XII do 31.XII.1943 w ilości 7 zastrzyków od 0,33 do 0,71, z tego 4 napady, poprawa, potem pogorszenie. Drugi raz od 26.I do 16.II.1944. 9 zastrzyków od 0,43 do 0,77 g, z tego 7 napadów. Matka znowu przerwała leczenie w stanie poprawy.

Przypadek 13. Pacjentka S. T. lat 40, panna, *schizophrenia paranoides* trwająca od kilku lat. Leczenie od 23.XII.1943 do 4.II.1944. w ilości 6 zastrzyków od 0,41 do 0,71 z tego 5 napadów, znaczna poprawa. Rodzina przerwała kurację.

Przypadek 14. Pacjent S. S. lat ? (30—40), kawaler, chory od jesieni 1943, rozwój choroby powolny, schizofrenia (hebefrenia). Od dzieciństwa dziwny, do szkoły nie chodził. Ojciec alkoholik, siostry dziwaczki, jedna z nich alkoholiczka, siostra matki: psychoza, brat matki: *paralysis agitans*. Leczenie od 4 do 22.III.44, w ilości zastrzyków od 0,46 do 1,3 z tego 5 napadów. Rodzina przerwała leczenie prawdopodobnie dlatego, że przy końcu mimo wysokich dawek nie udało się wywołać napadów. Wynik: poprawa.

Przypadek 15. Pacjentka H. K. panna, nauczycielka, lat 30, psychoza mieszana lub schizofrenia cykliczna. Przebyła już kilka napadów choroby. Leczenie od 15.IV.44 do 29.IV.1944. 7 zastrzyków od 0,4 do 0,65, 5 napadów. Znaczna poprawa. W przypadku tym, jedynym ze wszystkich leczonych wystąpiło powikłanie w postaci *subluxatio humeri dextri*, z winy brata chorej, który wbrew poleceniu lekarza, zamiast podtrzymać, przytrzymał bardzo silnie kończynę prawą górną chorej w czasie ostatniego napadu. Powikłanie to więc jest niezależne od działania napadu cardiazolowego.

Przypadek 16. Pacjent J. S. kawaler, zawsze odludek, trzy lata temu przemijająca psychoza. (Indukcja od krewnego chorego na psychozę?). W roku 1935 zmienił się, stał się mniej pojętny. Od 3 do 4 lat bóle głowy i cenestezje, *schizo-*

phrenia levis. Pacjent usilnie domagał się leczenia, chodziło mu o bóle głowy. Otrzymał 4 zastrzyki od 18 do 25.IV. 1944 w ilościach od 0,5 do 0,65 — 4 napady. Przerwał leczenie ponieważ czuł się słaby, ponadto wystąpiły zaburzenia pamięci i lekkie zaburzenia świadomości. Prawdopodobnie aktywizacja psychozy.

Przypadek 17. Pacjent W. P. żonaty, rolnik. Budowa pykniczno — atletyczna. Matka ojca: psychoza. Dwie siostry: lekka psychoza. Jeden brat: dwukrotnie psychoza. Inni bracia są nerwowi. Początek choroby niedawno (mniej niż 3 mies.). Początkowo ostry stan lękowy, następnie ostry stan maniakalny, oba w znacznym nasileniu. Rozpoznanie: Psychoza maniakalno - depresyjna. Leczenie od 14.VI. do 3.VII.1944 w ilości 12 zastrzyków od 0,44 do 1,8. Pierwszy napad dopiero po 7 w ilości 1,3 po napadzie tym natychmiastowa poprawa, drugi napad po 10 w ilości 1,65 po nim znaczna poprawa, trzeci napad po 11 w ilości 1,6, po nim dalsza poprawa, czwarty napad po 12 zastrzyku (1,8), wyleczenie z ostrej psychozy. Leczenie przerwano z powodu obawy rodziny o pacjenta w związku z wysokimi dawkami. W sierpniu 1944 nawrót choroby i od 5.VIII. do 13.VI.1944 dalsze 6 zastrzyków poczynając od 0,9 do 1,65 tylko 3 napady z powodu oporu pacjenta przy 2 ostatnich zastrzykach. Poprawa, która następnie przeszła w wyleczenie trwające do czasu gdy ostatni raz widziałem pacjenta (lato 1945). Były to najwyższe dawki cardiazolu jakie kiedykolwiek stosowałem.

Przypadek 18. Pacjent S. S. lat 53. Żonaty. Brat — psychoza (mania). Pacjent zachorował krótko przed pierwszym badaniem w dn. 10.II.1944. *Melancholia involutiva*. Leczenie od 17.VII. do 7.VIII.1944, w tym 12 zastrzyków od 0,45 do 1,14, a 7 napadów. Po drugim napadzie poprawa, po czwartym napadzie próba samobójstwa, po piątym napadzie (8 zastrzyk) poprawa, po szóstym napadzie znaczna poprawa. Zaraz po leczeniu stopniowe pogorszenie, niedługo potym zgon wskutek samobójstwa.

Przypadek 20. Pacjentka H. D. lat 25 zamężna, chora od lutego 1944, schizofrenia. Leczenie od 22.VII. do 9.VIII.1944 od 0,44 do 0,86, 10 zastrzyków, 6 napadów. Wyleczenie, które trwało jeszcze w lecie 1945, gdy pacjentkę widziałem po raz ostatni.

Przypadek 21. Pacjentka B. B. lat 23, panna, w marcu 1944 sztuczny poród przedwczesny. Chora od sierpnia 1944, schizofrenia. Ojciec ojca — psychoza alkoholowa, ojciec i bracia ojca — alkoholicy, ojciec matki — alkoholik, siostra bardzo nerwowa. Leczenie od 7.XII. do 22.XII, w ilości 8 zastrzyków od 0,44 do 0,55 z tego 7 napadów, wyleczenie. W rok potym miał nastąpić nawrót choroby.

Przypadek 23. Pacjentka F. R. lat 25, panna, od lipca 1944 ciężki zespół neurasteniczny, od marca 1945 schizofrenia. Leczenie od 2.VI. do 7.VII. 1945 w ilości 11 zastrzyków od 0,32 do 0,59, z tego 7 napadów, znaczna poprawa.

Przypadek 24. Pacjent F. N. lat 25, kawaler. Zachorował pierwszy raz przed 8 laty. Od 3 tyg. typowy napad manii, leczenie od 27.VII. do 5.VIII.1945 w ilości 9 inj. od 0 55 do 10 z tego 7 napadów. Rodzina przerwała leczenie w stanie znacznej poprawy. W przypadku tym poraz pierwszy dokonywałem zastrzyków

codziennie (zwykle robiłem je co drugi dzień), a nawet dwa razy w ciągu jednego dnia, na próbę rodziny, na skutek bardzo nasilonego stanu maniakalnego.

W powyższym omówieniu ominąłem przypadki, w których rodzina przerwała leczenie zbyt wcześnie. Reasumując: leczono 1 przypadek melancholii inwolucyjnej, 2 przypadki psychozy maniakalno-depresyjnej a reszta schizofrenie. Z tego można było wyodrębnić ściśle tylko 8 przypadków, a mianowicie 5 jako katatonia, 2 *schizophrenia paranoides*, 1 *schizophrenia simplex*. Wyniki są następujące: w 6 przypadkach trwających poniżej 1/2 roku, w których kurację ukończono, nastąpiło całkowite wyleczenie, podobnie w 1 przypadku, również poniżej pół roku trwania choroby, który przebył tylko 6 napadów. Poprawa często występowała po pierwszym lub drugim napadzie, rzadziej po trzecim, wyjątkowo po czwartym. Inne przypadki zakończyły się poprawą z wyjątkiem przypadku 5 (*schizophrenia simplex*) oraz w zbyt wcześnie przez rodzinę przerwanych kuracjach. Ostry początek psychozy zawsze zdawał się przyśpieszać następowanie poprawy, a w przypadkach świeżych (najdalej do 1 roku trwania) wyniki były lepsze. Jedynie fakt, że leczenie to odbywało się w prywatnej praktyce lekarskiej poza szpitalem i na wsi, a więc w warunkach wyjątkowych, skłonił mnie do ogłoszenia wyników tego leczenia. Tymbardziej, że w dostępnej mi obecnie literaturze (piszę we wrześniu 1945) za czas do końca 1939 nie znalazłem podobnej pracy. W przypadkach świeżych, oraz w tych, w których kurację ukończono (uważam 8 napadów za ilość już wystarczającą), wyniki były tak samo dobre jak w takich samych kuracjach w szpitalu, (tzn. w szpitalu w Owińskach), a przecież przeprowadzenie kuracji kardiazolowej w warunkach wiejskiej praktyki prywatnej jest mniej dogodne i warunki te są dużo gorsze niż w szpitalu psychiatrycznym.

Nie uważam jednakże by odtąd miano przeprowadzać to leczenie poza szpitalami i klinikami psychiatrycznymi, wprost przeciwnie, należy je przeprowadzać, jeżeli tylko można, w warunkach szpitalnych. Wyjątkowo tylko można przeprowadzać leczenie również i w gabinecie prywatnym lekarza specjalisty. Doświadczenia moje potwierdziły, że leczenie wstrząsowe kardiazolem, praktycznie biorąc, nie jest niebezpieczne przy właściwym postępowaniu. W tych wyjątkowych bowiem warunkach, w jakich leczenie stosowałem, a mianowicie w mym gabinecie jako praktyk lekarz na wsi, nie miałem żadnych powikłań, albowiem przypadek 15 powstał nie z winy samego leczenia jako takiego, więc nie może być brany pod uwagę.

EUGENIUSZ WILCZKOWSKI
Łódź

ZAGADNIENIA PATOFIZJOLOGICZNE W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH REAKTYWNYCH

WSTĘP

Pragnąłbym uczynić próbę omówienia sprawy zagadnień patofizjologicznych w zaburzeniach psychicznych reaktywnych.

Patofizjologia jest jedyną drogą do ściślejszego powiązania tych zaburzeń z ustrojem, ze względu na ich czynnościowy charakter.

Podjęcie jednak tej sprawy jest trudne. Mamy przecież do czynienia tak z przyczyną psychiczną, jak też z objawami psychicznymi. Dlatego też w omówieniu zostaną uwzględnione objawy reaktywne cielesne zarówno w celu szerszego naświetlenia sprawy, jak też w celu uchwycenia pewnego całokształtu zjawisk reaktywnych.

ROZDZIAŁ I

Postaram się przede wszystkim sprecyzować zakres pojęcia zaburzeń psychicznych reaktywnych. Sprecyzowanie jest konieczne ze względu na nadmierne rozszerzanie tego pojęcia przez niektórych autorów. Rozszerzanie dotyczy zarówno czynnika chorobotwórczego, jak też samej reakcji.

Za zaburzenia psychiczne reaktywne uważamy tego rodzaju cierpienia, w których czynnik chorobotwórczy stanowią ciężkie i przykre przeżycia, zaś zaburzenia — według trafnego określenia *M. Zielińskiego:* — „chorobliwe odpowiedzi naszej psychiki". Zaburzenia zatem cechuje wyraźny związek z przeżyciami. Nie uważamy jednak za cierpie-

nia reaktywne tego rodzaju psychoz, w których ciężkie przeżycie ma znaczenie jedynie czynnika prowokującego rozwój choroby, zaś samo cierpienie uwarunkowane jest innymi przyczynami. Istotnym też jest dla zaburzeń psychicznych reaktywnych ich czynnościowy charakter i tendencja do ustępowania.

A zatem na zakres pojęcia zaburzeń psychicznych reaktywnych składałyby się następujące momenty: 1) przeżycie psychiczne, 2) chorobliwa odpowiedź naszej psychiki, 3) związek pomiędzy przeżyciem a reakcją, 4) czynnościowy charakter zaburzeń i 5 tendencja do ustępowania.

Przeżycia psychiczne, powodujące cierpienia reaktywne, przyjęto nazywać urazami psychicznymi. Pojęcie jednak urazu psychicznego jest względne. W jednym przypadku ciężkie przeżycie, jak śmierć bliskiej osoby, powoduje reakcję normalną. W drugim zaś przypadku ten sam fakt śmierci bliskiej osoby stanowi uraz psychiczny, powodujący chorobliwą reakcję psychiczną. Moglibyśmy przyjąć, że śmierć bliskiej osoby w obu przypadkach stanowi uraz psychiczny, który jedna osoba, jak się mówi, zniesie, zaś druga — odchoruje. Jednakże w zaburzeniach psychicznych reaktywnych spotykamy też tego rodzaju przeżycia, powodujące reakcje chorobliwe, które trudno byłoby w sposób obiektywny uważać za urazy, jak np. przeprowadzka z gorszego mieszkania do lepszego w warunkach normalnych. Widzimy zatem, że różnego rodzaju sytuacje życiowe, tak cięższe jak i lżejsze, dają przeżycia psychiczne, które w jednym przypadku stanowią uraz, powodujący reakcję chorobową, zaś w innym przypadku — nie.

Biorąc pod uwagę, że analogiczne sytuacje życiowe w jednym przypadku powodują reakcję normalną, zaś w drugim — chorobową, musimy przyjąć, że *ceteris paribus* zaburzenia reaktywne zależą od indywidualnych właściwości osobniczych, od predyspozycji. Predyspozycja byłaby wypadkową konstytucji osobniczej i konstelacji psychicznej w danym momencie. Dla tego rodzaju predyspozycji proponowałbym utrwalenie pojęcia uraźliwości psychicznej.

Zaburzenia psychiczne reaktywne powstawałyby zatem na skutek urazu psychicznego i uraźliwości psychicznej. W każdym poszczególnym przypadku siła urazu byłaby odwrotnie proporcjonalna do uraźliwości. Im cięższy uraz psychiczny, tym mniejsza uraźliwość składałaby się na powstanie cierpienia i odwrotnie: im lżejszy uraz psychiczny, tym większą powinna byłaby być uraźliwość. Sprawa postawiona w tej płaszczyźnie odpowiada ogólnym prawom patogenetycznym.

Poddamy obecnie pewnej analizie urazy psychiczne, jakie spotykamy w obrazach klinicznych zaburzeń reaktywnych. Mamy do czynienia z czynnikami wywołującymi silny i nagły afekt, przerażenie, wstrząs psychiczny, jak katastrofa kolejowa, samochodowa, napad, przeżycia związane z wojną, internowanie w więzieniu, śmierć bliskiej osoby itd. Mamy też do czynienia z czynnikami wywołującymi stany afektywne ciągłe, przewlekłe, jakimi są ciężkie warunki materialne, nieporozumienia małżeńskie, przykrości służbowe itd. Streszczając się, możemy powiedzieć, że w urazie psychicznym zawsze mamy do czynienia ze stanem uczuciowym, czy to ostrym, czy też przewlekłym i zawsze mamy do czynienia ze stanem uczuciowym o charakterze ujemnym, przykrym.

A zatem zagadnienia patofizjologiczne zaburzeń reaktywnych czy to psychicznych, czy też nerwicowych sprowadzałyby się w pierwszym rzędzie do fizjologii i patofizjologii życia uczuciowego.

ROZDZIAŁ II

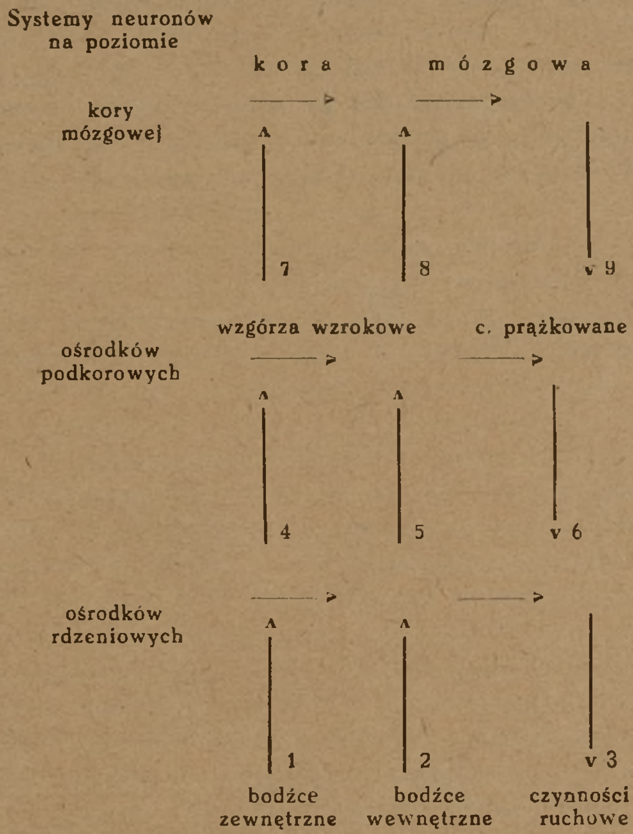
Do dalszych naszych rozważań znajdujemy doskonały punkt oparcia w fizjologicznej teorii uczuć *Mazurkiewicza*.

W celu łatwiejszego omówienia zasadniczych podstaw wyżej wymienionej teorii opracowaliśmy specjalny schemat. Schemat odtwarza w pewnych symbolach anatomiczno-fizjologiczne stosunki, dotyczące układu nerwowego w ustroju człowieka. W schemacie drogi dośrodkowe podaliśmy w dwóch pionach ze względu na konieczność wydzielenia dróg dośrodkowych układu wegetatywnego w celu specjalnego ich omówienia, natomiast drogi odśrodkowe pozwoliliśmy sobie przedstawić w jednym pionie.

Mamy schematycznie ujęte trzy piętra układu nerwowego, a mianowicie: najniższe — ośrodki reprezentujące neurony obwodowe (Nr 1, 2 i 3), średnie — ośrodki podkorowe (Nr 4, 5 i 6) i wreszcie najwyższe — korę mózgową (Nr 7, 8 i 9).

Pierwszy rząd pionowy (Nr 1, 4 i 7) ilustruje procesy przebiegające od narządów zmysłów do kory mózgowej, a zatem dotyczy bodźców eksteroceptywnych. Drugi rząd pionowy (Nr 2, 5 i 8) ilustruje procesy przebiegające od narządów i tkanek ustrojowych do kory mózgowej, a zatem — przewodnictwo pobudzeń płynących z ustroju, dotyczy więc bodźców enteroceptywnych. Trzeci rząd pionowy (Nr 3, 6 i 9) ilustruje wszelkie procesy z dziedziny ruchowej, odbywające się czy to w wyniku czynności ośrodków najniżej położonych, czy to w wyniku czynności ośrodków podkorowych, czy to wreszcie w wyniku czynności korowej.

SCHEMAT FIZJOLOGICZNEJ TEORII UCZUĆ



Trzeci rząd pionowy dotyczy przejawów procesów ruchowych zarówno w dziedzinie tzw. układu zwierzęcego, dającego możność poruszania się w świecie zewnętrznym, jak też w dziedzinie tzw. układu wegetatywnego, przejawiających się w czynnościach ustrojowych, jak zwężanie lub rozszerzanie naczyń krwionośnych, pobudzanie lub hamowanie czynności serca, wydzielanie moczu, pobudzanie lub hamowanie gruczołów przewodu pokarmowego itd.

Na najniższym piętrze (Nr 1, 2 i 3) odbywa się czynność odruchowa niezłożona, w ujęciu *Pawłowa* — bezwarunkowa. Na średnim piętrze (Nr 4, 5 i 6) odbywa się czynność odruchowa złożona, w ujęciu *Pawłowa*, — również bezwarunkowa.

Oba te piętra reprezentują czynności trwałe niezmienne, gatunkowo odziedziczone, z którymi człowiek przychodzi na świat.

W szczególności na piętrze średnim odbywają się reakcje instynktowe, które są, również w ujęciu *Pawłowa*, odruchami bezwarunkowymi, mechanizm których jest również trwały, niezmienny, odziedziczony.

Na poziomie piętra najwyższego (Nr 7, 8 i 9) odbywają się czynności psychiczne. Czynności psychiczne są nabywane w życiu osobniczym na skutek mnemicznych czyli pamięciowych własności kory mózgowej. Czynności te odbywają się w myśl *Pawłowa* według praw odruchowości warunkowej.

Postaramy się obecnie omówić obchodzące nas procesy związane z bodźcami zewnętrznymi (Nr 1, 4, 7).

Na wysokości ośrodków podkorowych przyjmujemy istnienie gnozji (Nr 4). By reakcja instynktowa mogła nastąpić, powinna mieć miejsce możność poznania bodźca świata zewnętrznego. Gnozja na tym poziomie jest właściwością trwałą, gatunkowo odziedziczoną. Pisklę, widząc jastrzębia po raz pierwszy, poznaje niebezpieczeństwo nawet wtedy, gdy parę pokoleń poprzednich jastrzębia nie widziało. Gnozja na tym poziomie jest globalną, niezróżniczkowaną. Czynności gnostyczne na tym poziomie są czynnościami czysto fizjologicznymi. Podłożem anatomiczno-fizjologicznym są jądra podkorowe, a w szczególności wzgórze wzrokowe *(thalamus opticus)*.

Na poziomie kory mózgowej (Nr 7) odbywają się różnorodne procesy gnostyczne, czyli poznawcze. Gnozja na tym poziomie jest właściwością osobniczo nabytą, stanowi wiedzę nabytą, osiąganą przez człowieka w ciągu całego jego życia. Gnozja na tym poziomie jest wybitnie zróżniczkowana. Czynności gnostyczne są na tym poziomie czynnościami psychicznymi. Podłożem anatomiczno-fizjologicznym jest kora mózgowa.

To samo dotyczy czynności w dziedzinie ruchowej (Nr 3, 6 i 9). Na poziomie podkorowym i niżej położonym wyzwalane są ruchy o mechanizmach stałych, gatunkowo odziedziczonych. Na poziomie podkorowym (Nr 6) wyzwalają się instynktowe odziedziczone ruchy globalne. Podłoże anatomiczno-fizjologiczne stanowią jądra podkorowe, a w szczególności ciało prążkowane *(corpus striatum)*. *C.* i *O. Vogtowie* i *O. Foerster* — cytuję z pracy *Mazurkiewicza:* — „uważają, że najważniejszy odprowadzający narząd tego aparatu mechanizmów odziedziczonych, mianowicie starszy odcinek ciała prążkowanego *(striopallidum)* reaguje na dopływające podrażnienia odruchowymi przejawami ruchu i napięcia mięśniowego, jest więc ośrodkiem ruchów afektywnych, reaktywnych ruchów ucieczki i obrony, odruchów obronnych bólowych i strachu, ruchów orientacyjnych i dostosowywania się, automatycznych zmian postawy i współru-

chów i motorycznych składników częściowych, które grają istotną rolę przy ogólnych ruchach siedzenia, stania i chodzenia, żucia i łykania, a także mowy".

Kora mózgowa (Nr 9) — w przeciwieństwie do dwóch dopiero przytoczonych, niżej położonych pięter — jest przedstawicielem czynności ruchowych wyuczonych. Dotyczy to wszystkich czynności ruchowych, jakie są nabywane po urodzeniu się. Kora mózgowa jest zatem przedstawicielem czynności ruchowych osobniczo nabytych, nie zaś gatunkowo odziedziczonych.

Omówimy szerzej procesy związane z bodźcami wewnętrznymi, czyli enteroceptywnymi. Bodźce enteroceptywne idą dośrodkowo drogą układu nerwowego wegetatywnego (Nr 2, 5 i 8). Układ wegetatywny jest nie tylko obwodowym, lecz stanowi zasadniczą część składową wszystkich pięter osi mózgowo-rdzeniowej.

Z narządów wewnętrznych układ ten przewodzi — mówi *Mazurkiewicz:* — „niezróżniczkowane jeszcze od wrażeń organicznych uczucia elementarne" (Nr 2). Nadto musimy przyjąć pod uwagę, że układ ten, jak wynika z doświadczeń *Orbeli'ego*, gra rolę sterującą w przebiegu podrażnienia w rdzeniowym łuku odruchowym (Nr 1, 2 i 3).

Na poziomie podkorowym układ wegetatywny stanowi podłoże anatomiczne stanów uczuciowych. Bieżące procesy cielesne dopływają do wzgórz wzrokowych (Nr 5) i stanowią o samopoczuciu dodatnim lub ujemnym, dobrym lub złym, przyjemnym lub przykrym. Samopoczucie jest wynikiem oceny doznawanych wrażeń pod względem ich wartości biologicznej dla ustroju. Oceny wartości biologicznej doznawanych wrażeń dla ustroju dokonywuje aparat istniejący w jądrach podkorowych. Aparat ten złożony jest z zespołów engramów gatunkowo założonych, a reprezentowanych przez uczucia instynktowe. Podłoże anatomiczno-fizjologiczne tego aparatu stanowi układ wegetatywno-mnemiczny. Ten sam aparat wegetatywno-mnemiczny dokonywuje oceny wartości biologicznej dla ustroju również i wrażeń dopływających drogą narządów zmysłów. Samopoczucie ogólne jest zatem wynikiem uczuciowej oceny instynktowej licznych zmysłowych i wegetatywnych wrażeń, zaś jego podłożem anatomiczno-fizjologicznym są wzgórza wzrokowe i okolice podwzgórzy, a szczególnie tylne odcinki wzgórz, gdyż tam właśnie napływają podrażnienia eksteroceptywne (Nr 1 i 4) i enteroceptywne (Nr 2 i 5).

Każda ocena wartości biologicznej dla ustroju jest na poziomie ośrodków podkorowych związana — przyjmiemy nazwy zastosowane przez *Monakowa* i *Mourgue'a* — z klisis, czyli z tendencją do połączenia się ze

światem zewnętrznym dla potrzeb ustrojowych i z ekklisis, czyli tendencją do uniknięcia stanu szkodliwego dla ustroju.

Mechanizmy podkorowe, za pomocą których odbywają się reakcje instynktowe, są mechanizmami, jak mówiliśmy, stałymi, gatunkowo odziedziczonymi. Każdy poszczególny mechanizm reakcji instynktowej składa się z kompleksu posiadającego w zasadzie engram gnostyczny, umożliwiający poznawanie bodźca świata zewnętrznego (Nr 4), engram uczuciowy, umożliwiający ocenę wartości biologicznej bodźca (Nr 5) i wreszcie engram ruchu (Nr 6), umożliwiający wykonanie połączenia z bodźcem, lub uniknięcia go.

Przytoczymy ponownie przykład z pisklęciem. Widok jastrzębia (Nr 1 i 4) prowokuje ocenę wartości biologicznej (Nr 5), która to ocena jest wielkością stałą, gatunkowo odziedziczoną i polega na ocenie w tym wypadku negatywnej, w naszym rozumieniu w postaci lęku. Ten lęk ekforuje, czyli porusza engram ruchu (Nr 6) w sensie ekklisis i prowokuje reakcję ruchową (Nr 6 i 3), polegającą na ucieczce.

Najistotniejszym członem kompleksu decydującym o reakcji ruchowej jest, jak widzimy, uczuciowa ocena wartości biologicznej dla ustroju (Nr 5).

Przejdziemy obecnie do omówienia stosunków panujących w korze mózgowej. Układ wegetatywny w korze mózgowej, jak należy przyjąć zgodnie z *Mazurkiewiczem*, jest podłożem anatomicznym wyższych procesów uczuciowych analogicznie do tego, jak ma to miejsce w niżej położonych częściach układu nerwowego. Wyższe uczucia mogą pozostawać w korze mózgowej dzięki istnieniu pamięci uczuć. Uczucie pozostaje w pamięci w postaci kompleksu o składnikach gnostycznym, czyli poznawczym (Nr 7), uczuciowym (Nr 8) i psychoruchowym (Nr 9). W poszczególnych kompleksach mamy więc budowę o składnikach, posiadanych przez mechanizmy reakcji instynktowych podkorowych. Źródłem, z którego zaczyna się tworzyć życie uczuciowe psychiczne, są uczucia instynktowe. Przeżyte uczucie instynktowe ulega engrafii w korze mózgowej, czyli zapamiętaniu w postaci wyżej omówionego kompleksu. W dalszym ciągu przeżyte uczucia czy to instynktowe, czy to psychiczne stale ulegają engrafii w korze mózgowej, tworząc świat niezliczonych kompleksów uczuciowych.

Kompleksy korowe w stosunku do kompleksów podkorowych wykazują zasadnicze różnice. Kompleksy korowe przede wszystkim są kompleksami osobniczo nabytymi, ich skala rozwojowa jest niezmiernie wielka, posiadają one charakter wybitnie zróżniczkowany. Kompleksy korowe są ekforowane, że tak powiemy, uruchomiane, nie tylko za pomocą

podniet zewnętrznych i organicznych, jak to ma miejsce w kompleksach podkorowych, lecz nadto i to przede wszystkim ekforowane są za pomocą innych kompleksów. Kompleksy korowe psychiczne zatracają bezpośredni składnik ruchu mięśniowego, nie raz też go tłumią, działają zaś raczej na inne kompleksy. Nabywane kompleksy mogą zatem wpływać na siebie wzajemnie.

Uczucia nabyte korowe również dokonywują oceny biologicznej wartości sytuacji dla ustroju, jak to czynią uczucia instynktowe podkorowe. Jednakże w kompleksach podkorowych odbywa się ocena sytuacji chwili bieżącej, zaś czynność kory mózgowej polega przede wszystkim na przewidywaniu przyszłości przykrej lub przyjemnej. W ośrodkach podkorowych odbywa się ocena właściwa gatunkowi, ocena wartości wyłącznie fizjologicznych, zaś w korze mózgowej odbywa się ocena osobnicza, ocena wartości przede wszystkim czysto psychicznych własnych i cudzych. Inwentarz gnostyczny bez oceny uczuciowej stałby się biologicznie bezwartociowym.

Siłą rzeczy efektywnie przeżywane uczucie różni się od nabytego i różni się tak, jak wrażenie różni się od wyobrażenia. Uczucia nabyte wykazują cechy analogiczne do wyobrażeń, a mianowicie: brak im żywiołowości. Jednakże siła energetyczna uczuć nabytych jest większa od siły energetycznej uczuć instynktowych. Uczucia wyższe „ujarzmiają przejawy instynktu" — mówi *Mazurkiewicz:* działają skrycie ale wytrwale przez całe życie i razem tworzą całość nabytego świata uczuć, którą nazywamy charakterem". Charakter człowieka stanowi motor kierowniczy całego jego zachowania się. Charakter człowieka stanowi najwyższą syntezę psychiki. „Charakter jest samopoczuciem korowym wyników życia autystycznego, przeszłości, przyszłości, ocena dodatnia i ujemna, ale nie fizjologicznej sytuacji, lecz moralnej". Podłożem anatomiczno-fizjologicznym uczuć korowych jest układ wegetatywno-mnemiczny w korze mózgowej, analogiczne do stosunków panujących w ośrodkach podkorowych. Za podłoże anatomiczno-fizjologiczne charakteru człowieka należy uważać płaty czołowe.

Reasumując omówiony materiał, dotyczący fizjologicznej teorii uczuć *Mazurkiewicza,* możemy odkreślić następujące najistotniejsze punkty: 1) Podłożem anatomiczno-fizjologicznym procesów uczuciowych jest układ wegetatywny, a przede wszystkim układ wegetatywno-mnemiczny w ośrodkach podkorowych — dla uczuć instynktowych gatunkowo założonych, i układ wegetatywno-mnemiczny kory mózgowej — dla uczuć wyższych, osobniczo nabytych. 2) Do życia uczuciowego należy dodatnia lub ujemna ocena sytuacji pod względem jej biologicznej wartości dla ustroju w jak najszerszym tego słowa znaczeniu. 3) Reakcja człowieka zależy od wyniku

oceny sytuacji przez czynnik uczuciowy. 4) Całokształt uczuć nabytych, wyższych stanowi o charakterze człowieka, jest motorem i sterem jego postępowania.

ROZDZIAŁ III

Rozważmy obecnie dane przytoczone przeze mnie w obu poprzednich rozdziałach.

Mówiliśmy, że w urazie psychicznym mamy zawsze do czynienia ze stanem uczuciowym, przy tym zawsze ze stanem uczuciowym o charakterze negatywnym. Podłożem zaś procesów uczuciowych wg *Mazurkiewicza* jest układ wegetatywny. Zestawienie tych danych daje nam możność twierdzenia, że przy ciężkim i przykrym przeżyciu ulega zaatakowaniu układ wegetatywny, a w szczególności układ wegetatywny kory mózgowej. Twierdzenie to znajduje poparcie w objawach cielesnych w momencie np. przestrachu, kiedy występuje zblednięcie, rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie akcji serca. Są to objawy ze strony układu wegetatywnego.

Inwentarz gnostyczny bez oceny dynamiki uczuciowej — mówi *Mazurkiewicz* — stałby się biologicznie bezwartościowy. Wynika stąd, że układ gnostyczny (Nr 1, 4 i 7) w urazie psychicznym zdaje się odgrywać rolę bierną. Rola jego może być do pewnego stopnia porównana z rolą listonosza, który przynosi list z niepomyślną wiadomością. Również treść sytuacji życiowej uchwycona przez układ gnostyczny pozostałaby bez znaczenia, o ile nie ekforowałaby, czyli nie pobudzałaby engramów kompleksów uczuciowych. Klasyczny przykład kliniczny tego rodzaju stanu rzeczy stanowi objaw stępienia uczuciowego w schizofrenii, przy którym wiadomości czy to najbardziej przykre, czy to obojętne, czy też najbardziej przyjemne mogą być przyjęte w sposób jednakowo obojętny. Treść sytuacji życiowej nabiera dopiero właściwego znaczenia, gdy spowoduje ekforię odnośnych engramów kompleksów uczuciowych, a zatem gdy zostanie poruszony układ wegetatywno - mnemiczny. Jest rzeczą oczywistą, że treść przeżycia warunków wybiórczo ekforię odpowiadających tej treści engramów kompleksów uczuciowych.

Mówiliśmy, że *ceteris paribus* zaburzenia reaktywne zależą od indywidualnych właściwości osobniczych, od predyspozycji. O sile samego przeżycia psychicznego, wypływającego z sytuacji, decydowałaby przede wszystkim ogólna wrażliwość uczuciowa. Ogólna wrażliwość uczuciowa znajdowałaby swoje podłoże anatomiczno-fizjologiczne w ogólnej wrażliwości układu wegetatywnego. W poszczególnych przypadkach wchodziłaby zatem w rachubę ogólna wrażliwość układu wegetatywnego w mo-

mencie przeżycia, a zatem i czynniki ustrojowe wpływające na jego uczulenie, jak to ma miejsce np. w okresie klimakterycznym. Sama wrażliwość, jak się zdaje, nie decyduje jednak o uraźliwości. Spotykamy osoby odznaczające się dużą wrażliwością, nie dające jednak zaburzeń reaktywnych.

Mówiliśmy, że oceny sytuacji życiowej pod względem jej wartości biologicznej dla ustroju dokonuje aparat wegetatywno-mnemiczny, złożony tak z kompleksów uczuciowych odziedziczonych — w jądrach podkorowych, jak też z masy kompleksów uczuciowych osobniczo nabytych — w korze mózgowej. Ocena sytuacji życiowej uzależniona byłaby zatem od jakości aparatu, a w szczególności od jakości zawartości magazynu wegetatywno-mnemicznego w postaci całokształtu kompleksów uczuciowych. Aparat wegetatywno-mnemiczny z harmonijnym uszeregowaniem kompleksów uczuciowych daje prawidłową obiektywną ocenę sytuacji pod względem jej wartości biologicznej dla ustroju, co też w swojej konsekwencji musi powodować reakcję normalną. Zaś aparat wegetatywno-mnemiczny o wadliwej konstrukcji, z wadliwym uszeregowaniem kompleksów uczuciowych, ze specjalnym uczuleniem niektórych z nich powodowałby wadliwą ocenę uczuciową sytuacji życiowej, co też w swojej konsekwencji mogłoby doprowadzić do reakcji chorobowej. A zatem o wrażliwości decydowałaby jakość zawartości magazynu wegetatywno-mnemicznego w postaci całokształtu kompleksów uczuciowych instynktowych, gatunkowo odziedziczonych (Nr 5) i psychicznych osobniczo nabytych (Nr 8).

Wynik reakcji na ciężką sytuację życiową stanowiłby zatem wypadkową dwóch sił, a mianowicie: ogólnej wrażliwości układu wegetatywnego w chwili przeżycia i uraźliwości ewentualnie wybiórczej układu wegetatywno-mnemicznego. Tego rodzaju ujęcie dawałoby pewną podstawę anatomiczno-fizjologiczną dla określenia jakie daje *Chłopicki*, mówiąc o „wadliwej gospodarce uczuciowej".

Przejdziemy obecnie do omówienia sprawy reakcji chorobowej na doznany uraz psychiczny.

Słusznie na jednym ze zjazdów poświęcił *Chłopicki* uwagę mechanizmowi powstawania przede wszystkim cielesnych zaburzeń reaktywnych. Analiza tych zjawisk rzuca światło na procesy patofizjologiczne w zaburzeniach reaktywnych w ogóle. Dlatego pragnąłbym podejść do omawianych zagadnień z tej strony.

Zaburzenia reaktywne występują przede wszystkim w dziedzinie ruchowej, w jak najszerszym tego słowa znaczeniu.

Prześledzimy drogę od sytuacji życiowej do reakcji ruchowej. Kolejność zjawisk mamy stałą: poznanie, ocena uczuciowa, reakcja ruchowa (Nr 4, 5 i 6 lub 7, 8 i 9). Układ gnostyczny (Nr 1, 4 i 7) daje poznanie sytuacji życiowej. Układ wegetatywny (Nr 5 i 8) daje ocenę uczuciową sytuacji życiowej pod względem jej wartości biologicznej dla ustroju. Układ ruchowy (Nr 9, 6 i 3) wykonywuje czynności uwarunkowane oceną uczuciową. Jest to zgodne z tym, co mówiliśmy poprzednio o sterującej roli układu wegetatywnego. Stanowi to analogię do stosunków panujących na poziomie rdzeniowym. Układ wegetatywny (Nr 2), jak wynika z doświadczeń *Orbeli'ego*, gra rolę sterującą w przebiegu podrażnienia w rdzeniowym łuku odruchowym (Nr 1—3).

Wynikałoby stąd, że układ ruchowy w powstawaniu zaburzeń raektywnych odgrywałby rolę raczej bierną, wykonując, że tak powiemy, polecenia układu wegetatywnego.

A zatem w powstawaniu zaburzeń reaktywnych odgrywałyby rolę bierną tak układ gnostyczny, jak też ruchowy; układ gnostyczny — w powstawaniu urazu psychicznego, zaś układ ruchowy — w powstawaniu reakcji patologicznej. Rola czynna przypadałaby w udziale układowi wegetatywnemu. Tego rodzaju postawienie sprawy nie przesądza treści sytuacji życiowej, ani też treści objawów ruchowych w poszczególnych obrazach klinicznych.

Prześledzimy obecnie tę samą drogę od sytuacji życiowej do reakcji ruchowej z punktu widzenia treści przebiegających procesów. Treść sytuacji życiowej podana przez układ gnostyczny pobudza w układzie mnemiczno-wegetatywnym te kompleksy uczuciowe, w których składnik gnostyczny jest bezpośrednio związany z treścią sytuacji życiowej. Poruszone kompleksy uczuciowe poza składnikiem gnostycznym z jednej strony posiadają z drugiej strony składnik rúchowy, co do swej treści odpowiedni dla każdego kompleksu uczuciowego. Siłą rzeczy składniki ruchowe w poruszonych przez sytuację życiową kompleksach uczuciowych będą bezpośrednio związane z treścią sytuacji życiowej. Daje to w wyniku reakcję ruchową o treści bezpośrednio związanej z przeżyciem. W sposób powyższy układ ruchowy, odgrywając rolę bierną w powstawaniu zaburzeń reaktywnych, daje jednak objawy o bezpośrednim związku pomiędzy przeżyciem a reakcją. Tego rodzaju postawienie sprawy odpowiada jednemu z zasadniczych punktów, dotyczących pojęcia zaburzeń reaktywnych, a mianowicie: punktowi, dotyczącemu związku pomiędzy przeżyciem, a reakcją.

Kompleksy uczuciowe dyktują zatem rodzaj reakcji ruchowej układowi ruchowemu, zachowującemu się w sposób raczej bierny.

Pozostaje sprawą specjalnego zagadnienia, o ile układ ruchowy, pod względem biologicznym mniej sprawny, łatwiej daje reakcję patologiczną, niż układ ruchowy pełnowartościowy.

Omówimy obecnie zasadnicze punkty, dotyczące reakcji patologicznych w układzie ruchowym. Zgodnie z *Pieńkowskim* odróżniamy dwie przeciwstawne grupy zaburzeń ruchowych, a mianowicie: z nadmiarem ruchów i ubytkiem ruchów. Mamy zatem do czynienia w zaburzeniach ruchowych reaktywnych albo z pobudzeniem w dziedzinie układu ruchowego, albo też z zahamowaniem lub z porażeniem. Wspomnimy, że wielu autorów (z polskich *Pieńkowski* i *Rothfeld)* wykazało uderzające podobieństwo histerycznych zaburzeń ruchowych do zaburzeń typu pozapiramidowego. Podkreślmy też to, co jest bardzo istotne pod względem patofizjologicznym, o czym mówił w swoim czasie *Chłopicki* w swojej pracy. Cielesne objawy reaktywne posiłkują się tymi samymi prawami jakimi posiłkują się objawy organiczne. Różnica polega tylko na tym, że objawy reaktywne polegają na zmianach czynnościowych, zaś objawy organiczne mają za podstawę zmiany anatomiczne.

Ogólnie rzecz biorąc, możemy powiedzieć, że układ ruchowy reaguje na uraz psychiczny albo przez pobudzenie czynności, albo też przez jej zahamowanie lub porażenie, zaś sprawa reaktywna od kompleksu uczuciowego do zaburzenia ruchowego dochodzi przez wyzyskanie wszelkiego rodzaju dróg układu ruchowego, oczywiście w przebiegu pionowym od kory mózgowej aż do obwodu (Nr 9, 6 i 3). Nie jesteśmy w możności szczegółowego poruszenia całokształtu zagadnień, związanych z patofizjologią objawów reaktywnych w dziedzinie ruchowej. Sprawa ta powinna być tematem specjalnej pracy. Synteza działania ośrodków układu ruchowego u człowieka, podana przez *Opalskiego*, daje nam do tego, obok fizjologicznej teorii uczuć *Mazurkiewicza*, doskonały punkt oparcia.

W powstawaniu zaburzeń reaktywnych w zakresie układu wegetatywnego, a w szczególności w zakresie jego działania na narządy wewnętrzne, sprawa, jak się zdaje, przedstawia się analogicznie do omówionej powyżej sprawy, dotyczącej układu ruchowego właściwego.

Odmiennie przedstawia się pod pewnymi względami sprawa dotycząca zaburzeń reaktywnych w zakresie układu gnostycznego, jak reaktywna głuchota, upośledzenie wzroku, lub też hiperestezja. Analogicznie do zjawisk w układzie ruchowym mamy tu również do czynienia albo ze wzmożonym pobudzeniem, albo też z upośledzeniem czynności lub też jej wypad-

nięciem. Natomiast jeżeli chodzi o typ reakcji, to nie mamy tu do czynienia z reakcją według typu: gnozja — ocena — ruch (Nr 1, 4, 7 — 8 — 9, 6 i 3), lecz: gnozja — ocena — reakcja chorobowa ze strony pionu gnostycznego (Nr 1, 4, 7 —8 — i znów 7). Nasuwa to przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z mechanizmem obronnym, chroniącym układ wegetatywny; szczególnie jest to wyraźne, jeżeli chodzi o zjawiska tego rodzaju, co głuchota reaktywna.

Na tym zakończylibyśmy omawianie zagadnień patofizjologicznych w zaburzeniach reaktywnych z punktu widzenia, że tak powiemy, przekrojów pionowych układu nerwowego.

ROZDZIAŁ IV

Rozdział niniejszy poświęcimy sprawie ewolucji i dyssolucji czynności psychicznych, co umożliwi nam w następnym rozdziale poruszenie zagadnień patofizjologicznych w zaburzeniach reaktywnych z punktu widzenia przekrojów poziomych, tj. z punktu widzenia zainteresowania poszczególnych pięter mózgu.

Teoria ewolucji i dyssolucji czynności psychicznych w ujęciu *Mazurkiewicza* jest oparta na podstawowych zasadach, głoszonych przez *Jackson'a*. Postaramy się na podstawie pracy *Mazurkiewicza*, który z polskich autorów powołuje się też na *Szumana*, przedstawić w jak największym skrócie zasadnicze momenty wyżej wymienionej teorii. Teoria ewolucji ujmuje z punktu widzenia chronogennego poszczególne etapy, zaś z punktu widzenia topogennego poszczególne piętra procesu ewolucji czynności korowo-psychicznych. Proces ewolucji czynności korowo-psychicznych uwidacznia załączony schemat.

Do trzeciego miesiąca życia noworodek ludzki wykazuje aktywność wyłącznie instynktową. W porównaniu ze światem zwierzęcym noworodek ludzki jest istotą najbardziej bezradną. Jego życie instynktowe sprowadza się prawie wyłącznie do reakcji uczuciowych na bodźce obwodowe. Zasadniczą zdolnością, jaką odznacza się noworodek, jest zdolność odróżniania wrażeń przykrych od przyjemnych. Topogennie okres życia instynktowego posiada swe podłoże anatomiczno - fizjologiczne w ośrodkach podkorowych.

Okres życia od trzeciego miesiąca do trzeciego roku cechuje aktywność odruchowo - warunkowa. Jest to pierwszy rodzaj aktywności psychicznej. Okres ten w miarę rozwoju przynosi „coraz więcej nabytków psychicznych natury odruchowo-warunkowej" — *Mazurkiewicz* mówi: „co-

raz więcej poznania świata zewnętrznego i coraz więcej elementarnych hamulców psychicznych". Topogennie okres ten znajduje swe podłoże anatomiczno-fizjologiczne już w korze mózgowej, lecz w korze mózgu pozaczołowej.

SCHEMAT EWOLUCJI CZYNNOŚCI KOROWO-PSYCHICZNYCH

	CHRONOGENIA	TOPOGENIA	CZYNNOŚCI
I	Do 3 miesiąca życia	Ośrodki podkorowe	Aktywność instynktowa
II	Od 3 miesiąca do 3 roku życia	Kora mózgowa	Aktywność odruchowo-warunkowa
III	Od 3 do 7 roku życia	Kora mózgowa	Aktywność intrapsychiczna prelogiczna: Myślenie w symbolach wzrokowych sterowane przez uczucia izolowane
IV	Od 7 roku życia do pełnoletności	Kora mózgowa płaty czołowe	Aktywność intrapsychiczna logiczna: Myślenie w symbolach wyrazowych sterowane przez zespoły uczuciowe sprzężone

Okres życia od trzeciego do siódmego roku stanowi drugi okres ewolucji psychicznej. Okres ten cechuje się rozwojem aktywności prelogicznej. Radykalną różnicę okresu drugiego w stosunku do okresu pierwszego stanowi charakter intrapsychiczny aktywności prelogicznej. Aktywność intrapsychiczna prelogiczna jest uniezależniona od działalności wrażeń zewnętrznych i stanowi samodzielne życie psychiczne w pierwszej fazie jego rozwoju. Aktywność intrapsychiczna prelogiczna cechuje się myśleniem w obrazach wzrokowych i sterowaniem przez uczucia izolowane w postaci przede wszystkim obaw i pragnień. Topogennie okres ten, należy przypuszczać, znajduje swe podłoże anatomiczno-fizjologiczne w korze mózgowej również pozaczołowej.

Okres życia od siódmego roku aż do pełnoletności stanowi trzeci okres ewolucji psychicznej. Okres ten cechuje aktywność intrapsychiczna logicz-

na. Aktywność intrapsychiczna logiczna stanowi samodzielne życie psychiczne w drugiej fazie jego rozwoju. W tym okresie zjawia się i rozwija myślenie w symbolach wyrazowych abstrakcyjnych i sterowanie przez uczuciowość sprzężoną, zsyntezowaną w uczucia wyższe. Topogennie okres trzeci posiada swe podłoże anatomiczno-fizjologiczne w korze mózgowej czołowej. Jest to najwyższe piętro rozwoju psychicznego.

W ciągu całego życia spotykamy się z czynnością wszystkich omówionych pięter, są one jednak hierarchicznie podporządkowane piętru najwyższemu i stanowią jednolity obraz czynności psychicznych.

Procesowi ewolucji czynności korowo-psychicznych przeciwstawiamy proces dyssolucji. W procesie ewolucji mamy do czynienia z podporządkowaniem pięter hierarchicznie niższych piętrom hierarchicznie wyższym, w ostatecznym wyniku piętru hierarchicznie najwyższemu. Dyssolucja zaś jest procesem odwrotnym do ewolucji. Następuje mianowicie zahamowanie, lub wyłączenie czynności piętra hierarchicznie najwyższego lub pięter hierarchicznie wyższych i wyzwalanie się zjawisk właściwych piętrom niższym.

Prześledzimy obecnie rodzaj procesów dotyczących życia uczuciowego na poszczególnych piętrach ewolucyjnych. Na najniższym piętrze (I) mamy do czynienia z procesami instynktowymi. Odbywa się dodatnia lub ujemna ocena uczuciowa bodźców obwodowych i reakcja na nie. Są to wrodzone bezwarunkowe reakcje instynktowe. O piętro wyżej (II) mamy do czynienia z nabytymi uczuciami izolowanymi. Odbywa się dodatnia lub ujemna ocena bodźców obwodowych warunkowych i reakcja na nie. Jeszcze o piętro wyżej (III) mamy do czynienia również z nabytymi uczuciami izolowanymi. Jednakże na tym piętrze odbywa się ocena uczuciowa przede wszystkim bodźców wewnątrzpsychicznych i reakcja na nie. Pragnienia i obawy wysuwają się na plan pierwszy i sterują postępowaniem. Na piętrze najwyższym (IV) mamy do czynienia z uczuciami wyższymi, sprzężonymi, które razem stanowią całość, najwyższą syntezę naszej psychiki, najwyższe sternictwo, nasz charakter (uczucia rodzinne, narodowe, ogólnoludzkie i in.). Na tym piętrze odbywa się ocena uczuciowa wartości przede wszystkim czysto psychicznych własnych i cudzych. Ocena ta steruje całokształtem naszego postępowania.

Omówione przez nas procesy uczuciowe, przebiegające w poszczególnych piętrach ewolucyjnych, znajdują swe podłoże anatomiczno-fizjologiczne w układzie wegetatywno-mnemicznym, położonym odpowiednio do każdego piętra w ośrodkach podkorowych (I) i w poszczególnych częściach kory mózgowej pozaczołowej (II, III) oraz czołowej (IV).

Rozwój życia uczuciowego chronogennie i topogennie odbywa się zawsze w tym samym porządku od piętra najniższego do piętra najwyższego. Nie zawsze jednak rozwój życia uczuciowego osiąga właściwy stopień. Zdaje się, jest sprawą oczywistą, że niezakończona niedostateczna lub wadliwa ewolucja życia uczuciowego stwarza grunt podatny do wyzwalania się lub panowania reakcji uczuciowych pięter hierarchicznie niższych i do mniej kwalifikowanej oceny sytuacji życiowej czy to zewnętrznej, czy też wewnętrznej. Z tego punktu widzenia zasługują na szczególne zainteresowanie zagadnienia, dotyczące psychopatii.

ROZDZIAŁ V.

Przejdziemy obecnie do omówienia sprawy zaburzeń reaktywnych i ich stosunku do poszczególnych pięter ewolucji aktywności korowo-psychicznej. Szczegółowe omówienie tego tematu wymagałoby specjalnego opracowania. W tym miejscu jesteśmy w możności jedynie poruszenia pewnych ogólnych momentów w pewnych też ogólnych rzutach.

Przy ogólnym ujęciu psychotycznych obrazów reaktywnych nie możemy chyba mieć żadnej wątpliwości, że w stanach przebiegających z zamroczeniem świadomości mamy do czynienia ze stanami o charakterze dyssolucyjnym. Zaś np. realizacja pragnień w psychozie odbywa się za pomocą mechanizmów właściwych dynamizmom prelogicznym. Przy reakcjach psychotycznych mamy zatem do czynienia z mniej lub więcej znacznym upośledzeniem czynności piętra najwyższego i występowaniem objawów posiłkujących się dynamizmami pięter niżej położonych. Również nie możemy mieć chyba żadnej wątpliwości, że objawy cielesne psychopochodne, występujące w myśl spełnienia obaw, lub pragnień, a zatem posiadające swe źródło w mechanizmach prelogicznych o sterowaniu przez uczucia izolowane, też są stanami o charakterze dyssolucyjnym. Wchodzący w grę w tych stanach czynnik sugestywności odpowiada dyssolucyjnemu charakterowi tych zjawisk. Jak wynika z doskonałej analizy sugestywności, dokonanej przez *Dreszera*, występowanie sugestii, posługującej się mechanizmami pięter niżej położonych, jest objawem dyssolucji. Objawy cielesne psychopochodne powstają zatem wskutek upośledzenia czynności piętra najwyższego w postaci niemożności przekształcenia naruszonej wskutek urazu psychicznego harmonii psychicznej w nowy układ hierarchiczny, dostosowany do nowych warunków. Posiadając swe źródło przede wszystkim w mechanizmach prelogicznych objawy cielesne psychopochodne realizują się drogami pionowymi, posiłkując się tymi samymi prawami, jakimi posiłkują się objawy organiczne. W zaburzeniach reaktywnych zatem, zarówno psy-

chicznych, jak też cielesnych ulega zaburzeniom przede wszystkim zdolność do zharmonizowania całokształtu życia uczuciowego, co pod względem patofizjologicznym odpowiadałoby upośledzeniu czynności najwyżej położonych części układu wegetatywnego w obrębie kory mózgowej czołowej.

Jak mówiliśmy, układ gnostyczny i ruchowy w zaburzeniach reaktywnych zdaje się odgrywać rolę bierną. Należy uważać, że dotyczy to tak objawów cielesnych jak też psychicznych. Postawienie sprawy w tej płaszczyźnie odpowiada stanowisku *Opalskiego*, który, omawiając objawy ruchowe w chorobach psychicznych w ogóle, wypowiada się za przypuszczeniem, że w powstawaniu objawów ruchowych w psychozach odgrywa dużą rolę geneza psychopatologiczna i dlatego należy raczej mówić o objawach ruchowych, co nie przesądza o stanie chorobowym ośrodków motorycznych. Słusznie uważa *Opalski*, że dla odkrycia genezy zaburzeń ruchowych w psychiatrii brak nam jeszcze wielu wiązań. Jak się zdaje, właśnie zaburzenia psychiczne reaktywne, bodaj najwięcej się nadają do specjalnych badań w tym kierunku i specjalnej pracy.

Jak wspomnieliśmy, zaburzenia reaktywne wiążą się z mniej głębokim, lub też głębszym stopniem dyssolucji. W związku z powyższym objawy reaktywne, a w szczególności objawy psychotyczne mogą reprezentować w poszczególnych przypadkach dynamizmy różnych pięter aktywności korowo-psychicznej. W jednym przypadku objawy mogą być więcej powiązane z aktywnością logiczną, jak np. stany paranoiczne, w innym zaś przypadku objawy będą raczej zbliżone do poziomu aktywności odruchowowarunkowej, jak w stanach pomrocznych. W związku z powyższym nasuwa się zagadnienie innego rodzaju, jak się zdaje, w tej płaszczyźnie dotychczas nie poruszane, a mianowicie: zagadnienie możliwości przeważającego zadziałania powodującej uraz psychiczny sytuacji życiowej na jedno z pięter ewolucyjnych. Wchodziłaby tu oczywiście w grę jakość urazu psychicznego i warunki, w jakich uraz psychiczny został doznany. Katastrofa kolejowa, która zaskakuje w czasie snu, może się zaliczyć do urazu raczej działającego na mechanizmy instynktowe. Wypadek z dzieckiem w oczach matki, jak się zdaje, znajdzie raczej oddźwięk na piętrze o sterowaniu przez uczucie izolowane. Przegrana sprawa sądowa dotknie raczej procesów życia uczuciowego w obrębie piętra najwyższego. Szczególne zainteresowanie budzi sprawa rodzaju reakcji na rodzaj urazu psychicznego w sposób powyższy ujętego.

Podejście to jest bardzo bliskie stanowisku *Bornsztajna*, który między innymi mówi, że podczas katastrof „aktualizują się mechanizmy obronne,

tkwiące w organizmie, mechanizmy biologiczne, odziedziczone, zmierzające jedynie po linii popędu samozachowawczego".

Na wyżej podanym zagadnieniu pragnąłbym zamknąć omówienie tego tematu.

ZAKOŃCZENIE.

Na zakończenie muszę powiedzieć, że w sposób znaczny zwęziłem zakres tematu. Nie poruszyłem np. stanowiska *Pawłowa* i jego szkoły. Zależało mi, bowiem na uwypukleniu pewnych zasadniczych, z mego punktu widzenia, momentów. Również w ramach omawianego materiału wiele zagadnień mogłem poruszyć tylko fragmentarycznie. Materiał bowiem starałem się ująć w sposób konieczny do uzasadnienia pewnego całokształtu nasuwających się koncepcji.

Nasuwające się na podstawie omówionego materiału koncepcje byłyby następujące:

1). W patofizjologii zaburzeń reaktywnych tak psychicznych jak też cielesnych pierwotnie zainteresowanym jest układ wegetatywny, a w szczególności układ wegetatywny kory mózgowej.

2) Objawy w zakresie innych układów, w szczególności gnostycznego i ruchowego tak w stanach psychotycznych, jak też w zaburzeniach cielesnych stanowią jak się zdaje, zjawiska wtórne. To samo dotyczy objawów obwodowych w zakresie samego układu wegetatywnego.

3). Zaburzenia reaktywne czy to psychiczne, czy też cielesne związane są ze zjawiskami dyssolucji, a w szczególności w zakresie życia uczuciowego, co pod względem patofizjologicznym odpowiadałoby upośledzeniu czynności najwyżej położonych części układu wegetatywnego, w pierwszym rzędzie w obrębie kory czołowej.

4). Źródło objawów chorobowych reaktywnych stanowiłyby hierarchicznie niżej w przekrojach poziomych położone odcinki układu wegetatywnego korowego, w szczególności układu wegetatywnego sterującego myśleniem prelogicznym, same zaś objawy realizowałyby się w różnych układach w przekrojach pionowych, czy to w postaci zaburzeń psychicznych, lub stanów psychotycznych — na poziomie kory mózgowej, czy też w postaci obrazów nerwicowych — na poziomie niższych odcinków układu nerwowego.

JÓZEF HANDELSMAN
Szpital Psychiatryczny w Tworkach

LECZENIE PSYCHOZ REAKTYWNYCH*

Przede wszystkim musimy uprzytomnić sobie, co większość autorów rozumie pod nazwą reakcji patologicznej i zgodnie z *Mayer - Grossem* jeszcze z przed 25 laty, przypomnieć prototyp, dla którego pojęcie to było stworzone, mianowicie histeryczne psychozy reaktywne (więzienne, urazowe itd.); charakteryzują je następujące wspólne cechy: 1) dostatecznie silny bodziec, wyprzedzający chronologicznie reakcję patologiczną; 2) zrozumiały dla otoczenia związek między treścią przeżycia i treścią reakcji patologicznej i 3) zazwyczaj zupełne ustąpienie objawów patologicznych i całkowity powrót do stanu poprzedniego po usunięciu bodźca. Jest przy tym dyspozycja albo konstytucyjna albo konstelacyjna. Postać reakcji (stan pomroczny czy obraz urojeniowy, czy postać hypochondryczno paranoidalna lub tp.) będzie określona przez czynniki dyspozycyjne oraz przez specjalną sytuację.

Przypomnienie tych podstaw zaburzenia reaktywnego znajdujemy w szeregu prac autorów obcych i polskich, np. w pracy *Chłopickiego* z 1934 r. „O mechaniźmie powstawania zaburzeń reaktywnych". *Borowiecki***) w swojej pracy z tego samego roku dodaje, że bardzo często w zaburzeniach reaktywnych występuje wyraźny ich związek z różnego rodzaju przeżyciami psychicznymi; udział tych przeżyć (przeciwności w życiu zawodowym czy erotycznym, takie czy inne katastrofy, wojna, pozbawienie wolności, nadmiar wysiłku, brak pracy itp.) zwanych przyczy-

*) Praca wygłoszona na XXI Zjeździe Psychiatrów Polskich w Łodzi 1947.

**) Klasyfikacja zaburzeń psychicznych reaktywnych. — Rocznik psychiatryczny 1934 r.

nami psychicznymi wyciska na nich swoje piętno; naogół można powiedzieć, że o ile w reakcjach psychicznych egzogenicznych mamy pośród innych do czynienia także ze zmianami psychicznymi, o tyle w reakcjach psychogenicznych mamy w pierwszej linii zaburzenia psychiczne. Jako przykład zaburzenia psychicznego reaktywnego pierwszej grupy znamy przede wszystkim stan reaktywny zwany reakcją neurasteniczną, tj. stan, zwany przez *Stertza* „najlżejszą postacią egzogenicznego uszkodzenia mózgu", a dla drugiej grupy stwierdzamy stany ostrej reakcji afektywnej, tzn. nerwice z przerażenia, stany porażenia uczuciowości, stany zamroczenia czy osłupienia, stany depresji, stany wybuchów, stany hipochondryczne itp. to jest to, co większość autorów nazywa nerwicą lękową, a zespół objawów może tu być bardzo różnorodny, tworząc i szczątkowe napady lękowe, albo tylko ich równoważniki i stany reakcji lękowej.

TABLICA I

+ + znaczna poprawa (wyzdrowienie), + poprawa, — bez poprawy — — śmierć

+ +	+	—	— —	Razem
22	5*)	6**)	1***)	34

Uwagi: *) 3 psychopatie, 1 psychop. schizoidalna, 1 debilitas.
**) 4 nie dokończone kuracje przedwcześnie wypisane. 1 w dniu wypisania popełniła samobójstwo (depresio reactiva).
***) przybyła w stanie dużego wyniszczenia i wkrótce zmarła,

TABLICA II

Leczenie elektrowstrząsowe	Leczenie objawowe
23	11

TABLICA III

Znaczna poprawa

Leczenie objawowe	Leczenie elektrowstrząsowe	Razem
6	16	22

TABLICA IV

Leczenie elektrowstrząsowe (przy znacznej poprawie)

Liczba chorych	Liczba dokonanych wstrząsów
1	4
1	5
2	7
6	8
1	9
5	10 i więcej
razem 16	

Jeżeli przejdziemy do rozważania bardziej nowoczesnych zapatrywań na sprawę psychoz reaktywnych, to natrafiamy tu na rozmaitość poglądów i pewną niezgodność. Z jednej strony w anglosaskim piśmiennictwie spotykamy się coraz częściej z zapatrywaniem, że zaburzenia psychiczne reaktywne są najczęściej tylko pozornym epizodem psychoz schizofrenicznych bądź afektywnych, z drugiej strony mamy bardzo ciekawe rozważania *Gilarowskiego* (1946), które opierają się raczej na podłożu biologicznym. Psychogenne elementarne zaburzenia są to mniej lub więcej krótkotrwałe reakcje na intensywne bodźce emocjonalne; w tworzeniu ich bierze udział cała psychika, choć na plan pierwszy występuje jedna jakaś strefa; trzeba brać przy tym pod uwagę intensywność bodźca i jego tempo. Znajomość psychogennych zaburzeń ułatwia rozumienie bardziej złożonych i bardziej stałych objawów rozwijających się przy dłużej trwającej psychicznej traumatyzacji. Jeżeli takie obrazy jak stupor psychogenny lub stan zamroczenia są czynnikiem psychotycznym reakcji, to można mówić o psychozie reaktywnej; od reakcji psychicznych różni się bogactwem i różnorodnością objawów, złożoną strukturą oraz charakterem objawów psychotycznych. Przy analizie struktury psychozy należy wydzielić i postać i treść, przy czym pamiętać należy, że czynniki dziedziczne stwierdza się nie tylko w endogennych ale i w organicznych psychozach. Treść zależy od tego, czym wypełnia je życie. Przeżycia przebytych sytuacji mogą wywołać np. skłonność do urojeń prześladowczych i w takich organicznych zaburzeniach, w których urojenia nie są typowe. Psychoza jest zawsze etapem w rozwoju osobowości. Na charakter osobowości wpływają i wrodzone właściwości i nabyte zmiany charakteru; na rozbudowę osobowości działają wszystkie przeżycia, różne konflikty i czynniki psychotraumatyzujące. To jest słusznym zwłaszcza w reaktywnych psychozach,

które należałoby nazywać psychoreaktywnym rozwojem osobowości. Gwałtowne nieszczęścia, bombardowanie itd. wywolują reakcje wstrząsowe, osłabiają układ nerwowy w całości ale nie wywolują reakcji psychogennych same z siebie i nie warunkują patologicznego rozwoju. Bardziej złożone obrazy psychoz reaktywnych wytwarzają się wyłącznie na skutek traumatyzacyjnej sytuacji na podkładzie nabytych właściwości osobowości. Przy tym ważne znaczenie mają inne czynniki: zaburzenia somatyczne, podeszły wiek, miażdżyca, urazy, alkoholizm.

Autor, powołując się na teorię *Jacksona* twierdzi, że z jego punku widzenia cały obraz składa się z ujemnych objawów, co nie zgadza się z teorią neojacksonowską *Mazurkiewicza*, ponieważ zawsze obserwujemy obrazy, w których obok ujemnych spotyka się i dodatnie objawy.

Musimy wreszcie przedstawić jeszcze rozumowania *Gilarowskiego* w sprawie różniczkowania w dwóch najważniejszych grupach psychoz reaktywnych, mianowicie w psychozach reaktywnych depresyjnych i w psychozach reaktywnych paranoidalnych. W grupie depresyjnych psychoz, depresja jako wynik konstytucji, jednak obok przypadków, w których można mówić o pewnym znaczeniu roli konstytucji, bezspornie egzystują obrazy specjalnego rodzaju: 1) zmiana nastroju nie ma charakteru depresji niczym nie objaśnionej: nastrój przygnębienia znajduje się w ścisłym związku z sytuacją traumatyzującą; 2) treść myśli męczących chorych jest psychologicznie zrozumiała; 3) warunki usposabiające do depresji mogą zależeć częściowo od osłabienia na skutek infekcji lub innych cierpień cielesnych (wiek podeszły, *climacterium*, miażdżyca, a także uraz, nawet lekki względnie niegojące się rany). Brak zahamowania ruchowego, czasem zjawia się na początku pod postacią stuporu — zmniejszenia energii, bezczynności, ale stałego zahamowania nie ma, może być ograniczenie aktywności, jako rozumienie bezcelowości; często spotyka się pewną bezcelową ruchliwość. Najbardziej charakterystyczna oznaka, to scentralizowanie wszystkich przeżyć wokół okoliczności związanych z nieszczęściem; obrazy przeżyć powracają stale do świadomości — sny, czasem omamy.

W grupie drugiej — paranoidnej — reakcje wybuchają zazwyczaj nie bezpośrednio po jakimś przeżyciu, związanym z wielkim strachem; spotyka się je często u ludzi przebywających w warunkach stałego niebezpieczeństwa i pod grozą utraty życia, ale zostają wywołane jakimś momentem nie dającym specjalnych podstaw do przeżywania strachu. Ważnym jest, że strach dłuższy czas nie ujawniał się niczym, był przyduszony, dzięki świadomej walce o swoje życie, o swoich bliskich, o ojczyznę, uczucie

strachu zostało przytłumione za cenę wielkiego napięcia nerwowego. *Gilarowski* uważa, zdaniem moim słusznie, że zasadniczym momentem w rozwoju reakcji paranoidnych mogą być ciężkie przeżycia, wypełniające psychikę, które przy wielkim nerwowym napięciu zostają rozładowane pod wpływem nowego czynnika, (który nieraz może być charakteru somatycznego).

I wreszcie *Gilarowski* wyjaśnia, że somatyczne momenty dlatego odgrywają tak wielką rolę, że we wszystkich tych przypadkach zostaje porażony układ wegetatywny; a ponieważ układ wewnętrzny stanowi jedność, uraz psychiczny porusza wszystkie układy, a największym zaburzeniom podlega układ nerwowy wegetatywny; przy odpowiednim napięciu nerwowym następuje do pewnego stopnia wyrównanie, kompensacja i dopiero świeże uszkodzenia cielesne, które uszkadzają układ nerwowy wegetatywny wyprowadzają psychikę ze stanu równowagi i wtedy otrzymujemy obraz zaburzenia psychicznego.

Pragnąłbym jeszcze parę słów powiedzieć o anestezji uczuciowej, której poświęcił ostatnio swoją pracę *E. Minkowski**). Opisuje on ten objaw bardzo barwnie u deportowanych, powracających do Ojczyzny, ofiar terroru okupacyjnego. To co jest patalogicznego w bólu moralnym depresji nie opiera się na żadnej racji ważkiej, na żadnym realnym ewenemencie, ale rozpatrywany z perspektywy czasu pozostaje podobnym do siebie samego w czasie trwania czynnika wywołującego. Ból moralny depresji pozostaje nieruchomy i rozszerzając rozumienie urojeniowego myślenia jest tak samo urojeniowy, nie przez swój brak realności, ale na skutek swojej sztywności. Napad depresyjny może być rezultatem istotnego przeżycia deprymującego i pozostaje reakcją patologiczną, tak jak urojenia zazdrości lub prześladowcze mogą mieć podstawę realną, a tym nie mniej będą patologiczne. Anestezja afektywna różni się od obojętności schizofrenicznej tym, że w obojętności schizofrenicznej jest autyzm, u anestetyków głęboki upadek całej osobowości, lękliwy brak ufności, prymitywne reakcje instynktowe.

Oczywiście, zdaniem moim, nie można zaburzeń psychicznych występujących przy anestezji uczuciowej zaliczać do psychoz reaktywnych. Gdy przyczyny wywołujące anestezję mijają i prędzej lub później przechodzi anestezja uczuciowa, wtedy po pewnym czasie, zazwyczaj pod wpływem nowego, przeważnie o wiele nawet słabszego, psychotraumatyzującego bodźca, może wystąpić psychoza reaktywna

*) *E. Minkowski.* L'anaesthesie affectif. Annal med.-psych. 1946.

np u chorej, lat 24 (20), pochodzenia żydowskiego, która przeszła całą gehennę obozu zniszczenia, straciła całą rodzinę i wróciła wreszcie do spokojnego życia, zaczęła studiować na uniwersytecie, po blisko rocznej przerwie od powrotu wystąpiła psychoza reaktywna o typie depresyjno-urojeniowym; (dodać muszę, że u chorej tej obserwowano równocześnie objawy nadtarczyczności).

Przechodząc do omawiania własnego materiału klinicznego jeszcze raz przypomnieć muszę pracę *Borowieckiego*, który twierdzi, że przy klasyfikowaniu psychoz reaktywnych należy obywać się bez wieloznacznego słowa „nerwica" lub „psychonerwica", „histeria", „nerwica urojenia, odszkodowawcza czy psychoza więzienna", zgadzam się z Borowieckim, że obrazy te nie istnieją jako ściśle odgraniczone jednostki chorobowe, i że klasyfikować psychozy reaktywne należy nie według czynników wyzwalających je, lecz według ich budowy.

Muszę odrazu zastrzec, że w dzisiejszym odczycie mówić będę tylko o tych przypadkach, które osobiście obserwowałem klinicznie i które przeszły leczenie pod moim kierunkiem, a zastrzegam dlatego, że przy przeglądaniu materiału szpitalnego nie własnego, znalazłem wiele przypadków zakwalifikowanych jako psychozy reaktywne, gdy w rzeczywitości obraz opisu nie pozwala na postawienie tego rozpoznania, a z drugiej strony niektóre opisy mogą przemawiać za rozpoznaniem psychozy reaktywnej przy postawieniu innego rozpoznania. W swoich rozważaniach nie biorę również pod uwagę przeszło 60 przypadków ambulatoryjnych zaburzeń psychicznych reaktywnych, ze względu na brak dostatecznej obserwacji. Ogólem w okresie od stycznia 1945 r. do kwietnia 1947 r. na 722 chorych obserwowanych na oddziale obserwacyjnym kobiecym w Szpitalu w Tworkach były 34 chore, u których rozpoznanie psychozy reaktywnej nie budziło wątpliwości, co stanowi 4,5% wszystkich chorych. Okres ten, który jest okresem bezpośrednio po zakończeniu u nas działań wojennych oraz okresem powrotu deportowanych i więzionych, dał czterokrotnie większy odsetek psychoz reaktywnych, niż w okresach spokojnego bytowania. Celem porównania przedstawię niektóre dane statystyczne, które charakteryzują różne lata:

W 1924 r. było w Tworkach 5 psychoz reaktywnych na 525 chorych, co stanowi 1%;

w 1934 r. było w Tworkach 13 psychoz reaktywnych na 736 chorych, co stanowi 1,72%;

w 1937 r. było w Tworkach 7 psychoz reaktywnych na 759 chorych, co stanowi 1%,

a jeżeli dla porównania przedstawię jeszcze parę liczb z innych zakładów psychiatrycznych, to różnica z tych dwóch okresów staje się jeszcze wyraź-

niejsza, mianowicie np. w Szpitalu w Choroszczy w 1933 r. zanotowano tylko 1 przypadek psychozy reaktywnej na 867 chorych, a według sprawozdania*) podającego dane ze wszystkich zakładów psychiatrycznych w Polsce, odsetek psychoz reaktywnych wynosił w 1935 r. — 1,95%, 1936 r. — 2,15%, (statystyka dotyczy blisko 20 tysięcy chorych).

Wśród czynników psychotraumatyzujących widzimy takie, które związane są: 1) bezpośrednio z działaniami wojennymi i okupacją, 2) są one wynikiem stanu okresu powojennego. Do 3 grupy zaliczamy przypadki, które nie mają żadnego związku z działaniami wojennymi. Do pierwszej grupy należy przypadek opisany powyżej, dalej — pobyt w Ravensbrück, po powstaniu wywiezienie do Niemiec, tam ciężka choroba (szkarlatyna) męża, po powrocie trudności mieszkaniowe, bombardowanie w powstaniu i niemożność znalezienia mieszkania, kilka przypadków po wysiedleniu, parę przypadków przymusowej rozłąki z najbliższymi po powstaniu w obozie pruszkowskim, zasypanie po nalocie (ojciec i siostra zabici). Ogółem w 13 przypadkach zanotowano bodźce bezpośrednio związane z wojną i okupacją.

W drugiej grupie — zanotowano 12 przypadków — przyczyną psychozy reaktywnej było polityczne zabójstwo męża i córki, dokonane w rok po wojnie, zamordowanie syna przez bandytów wiejskich, przestrach przed obcym człowiekiem z psem, utrata w okresie wojny 3 braci i męża, dwukrotnie brak wiadomości o mężach, którzy nie powrócili po wojnie, nieporozumienia z mężem, który po dłuższej nieobecności opuścił żonę i przeniósł się na zachód, niemożność pracy w swoim zawodzie, tułaczka powojenna. Do 3 grupy przypadków, które nie mają żadnego związku z przeżyciami wojennymi i które mogłyby wydarzyć się w każdym okresie bytowania, należy 9 przypadków, w których czynniki wywołujące reakcję, były następujące: odcięcie 2 palców przy robocie, chęć odszkodowania, kradzież inwentarza żywego, spory rodzinne (w 3 przypadkach), indukcyjne zaburzenia psychiczne (psychoza u córki), choroba psychiczna u męża w 2 miesiące po ślubie.

Klasyfikując według objawów nasze przypadki, obserwowaliśmy najwięcej przypadków z depresją (12 przyp.) oraz depresje z urojeniami przede wszystkim treści hypochondrycznej (6 przyp.) razem 18 przypadków, dalej stan lękowy i stan urojeniowy (po 5 przyp.), stany osłupienia i zamącenia świadomości (po 3 przyp.), tj. większość przypadków zaliczyć

*) *J. Gallus.* Nowiny Psychiatryczne 1937 Z. I — IV.

trzeba do typu ostrej reakcji afektywnej (wg. *Stertza, Borowieckiego*), parę przypadków do postaci mieszanej ostrej reakcji afektywnej i reakcji lękowej, znaczną mniejszość — do czystych reakcji lękowych. U 9 chorych stwierdzić można było podłoże psychopatyczne, 5 chorych odznaczało się cechami cykloidalnymi, 3 posiadały cechy schizoidalne; 3 przypadki bardzo przypominały depresję inwolucyjną; najmłodsza pacjentka miała 16 lat, większość chorych była w wieku 30—40 lat (15 chorych), jedna miała 69 lat, najstarza pacjentka była w wieku 74 lat. W wyjątkowych tylko razach psychoza reaktywna ujawniała się bezpośrednio lub wkrótce po urazie psychicznym; zazwyczaj między urazem, a wystąpieniem objawów psychicznych przechodził okres od paru tygodni do kilku miesięcy, a nawet dłużej niż rok, zanim wystąpiły objawy psychiczne, często ostatnim momentem wywołującym były różne choroby cielesne (poród, grypa, wyniszczenie ogólne, niegojąca się rana po wypadku samochodowym) lub też świeże przeżycia psychiczne drobniejszej wagi, (nieporozumienia przy pracy, przykrości mieszkaniowe, drobne nieporozumienia rodzinne itp.), jednak przy analizie danego przypadku staje się zrozumiały ścisły związek psychozy reaktywnej z momentem psychorodnym pierwotnym, który stanowczo uważać musimy za czynnik wywołujący dane zaburzenie psychiczne*).

Na to zagadnienie zwrócił uwagę już w 1934 r. *Artwiński*, mówiąc w swej pracy o nerwicach reaktywnych, że w krótkim nieraz czasie po wystąpieniu wstrząsu dołączały się do niego reakcje histeryczne, zarówno w czasie wojny, jak u ludzi, znajdujących się w warunkach pokojowych; mechanizmy, jak je nazywano, histeryczne, mogą nie dawać żadnych jasnych objawów, ale mogą przyczyniać się do utrwalenia objawów wegetatywnych. Po krótszym lub dłuższym czasie zaczynają działać mechanizmy już nie odruchowe, ale psychologiczne i one to właśnie nadają zabarwienie dalszemu przebiegowi nerwic. Niesłychanie wielka zarówno pod względem ilości jak i jakości jest skala czynników psychologicznych mogących wpływać na bieg i kształtowanie się nerwic. Te uwagi *Artwińskiego* w sprawie nerwic reaktywnych zresztą w dużym stopniu przypominają powyżej przytoczoną pracę *Gilarowskiego* w sprawie psychoz reaktywnych i objaśniają, dlaczego między urazem psychicznym, a psychozą reaktywną trwać może dłuższy okres bez zaburzeń psychicznych. Wreszcie słusznym się wydaje nam również przypomnienie przez *Artwińskiego* twierdzenia *Mazurkiewicza***.

*) *Łuniewski*. Pierwiastek reaktywny w psychozach osób więzionych. Rocznik Psychiatryczny z XXIII 1934 r.

**) Zarys fizjologicznej teorii uczuć.

że uczucia mają swoje autonomiczne podłoże, swoją biodynamikę i że układ współczulny ma również w korze mózgowej swoje ośrodki.

Przechodząc do opisu metod leczenia psychoz reaktywnych na naszym oddziale, chciałbym naprzód omówić sposób oceny wyników leczenia. Otóż pod nazwą znacznej poprawy będziemy rozumieli wszystkie przypadki z tak głęboką remisją, że chorzy powracają do stanu przedpsychotycznego tj. do stanu psychicznego poprzedzającego daną psychozę oraz wszystkie te przypadki, u których udaje się stwierdzić pełną remisję lub remisję społeczną; u szeregu chorych staraliśmy się uzyskać potwierdzenie naszej oceny przez pewne dane katamnestyczne w parę miesięcy po wypisaniu. Do grupy popraw zaliczam wszystkie te przypadki, w których ustąpiły po leczeniu tylko podstawowe objawy (depresja, stan lękowy, stan urojeniowy, zamroczenie, stupor). Do grupy przypadków „bez poprawy" zaliczamy zarówno te przypadki, w których poprawa była tylko przejściowa, krótkotrwała, jak i te, w których nie spostrzeżono po leczeniu żadnej różnicy. Pogorszenia stanu psychicznego przy leczeniu zaburzeń psychicznych reaktywnych nie stwierdziliśmy (tab. I).

Głównym leczeniem, któremu poddawaliśmy chore z zaburzeniami psychicznymi reaktywnymi, jako leczenie elektrowstrząsami*). Z 34 przypadków w 11 przypadkach leczenia tego nie stosowaliśmy (tab. II), mianowicie w przypadku silnego wyniszczenia fizycznego, zakończonego śmiercią w parę dni po przybyciu, w przypadku powikłań chirurgicznych po wypadku samochodowym; trzykrotnie poprawa rozpoczęła się wkrótce po przybyciu do szpitala i nastąpiła znaczna poprawa pod wpływem działania sugestywnego, w 2 przypadkach chore przybyły do szpitala w parę miesięcy po rozpoczęciu zaburzeń psychicznych i zaczynała się już wtedy samoistna poprawa, jeden przypadek zaliczyć należy do błędów lekarskich — nie zastosowano leczenia wobec dyssymulacji depresji i przedwczesnego wypisania przez rodzinę chorej, która tego samego dnia po wypisaniu dokonała samobójstwa; w jednym przypadku nastąpiła remisja po jednym wstrząsie, wreszcie w jednym przypadku nie zastosowano leczenia wstrząsowego ze względu na obawę uczynnienia procesu gruźliczego (stan podgorączkowy po grypie), nastąpiła samoistna dobra remisja po pięciotygodniowym pobycie w szpitalu tj. ogółem obserwowano 6 dobrych samoistnych remisji (tab. III). W pozostałych 23 przypadkach stosowaliśmy leczenie elektrowstrząsowe.

Pragnąłbym w tym miejscu w krótkości omówić najnowszą pracę *Chr. Müller*, ogłoszoną w 1947 r. w *Archives Suisses de Neurologie et de Psy-*

*) Zabiegi dokonywane były przez kol. Sembratowiczówną.

chiatrie, dotyczącą wskazań do leczenia elektrowstrząsowego w depresjach. Autor zwraca uwagę, że prognoza przy leczeniu depresji pogarsza się w następujących przypadkach: 1) jeżeli chory odznacza się schizoidalnymi cechami charakteru, 2) jeżeli ma się do czynienia z przypadkami cyrkularnymi, 3) jeżeli dołączą się skomplikowane czynniki, jak rozpoczynająca się starość, *debilitas*, konflikty zewnątrzpochodne itp. Autor spostrzegał, że leczenie wstrząsowe w depresjach jest skuteczne nie wtedy, kiedy krzywa przebiegu zaczyna opadać, ale na samym jej początku. Bardzo jest ważna uwaga autora, zgodna ze wszystkimi innymi autorami i z naszymi obserwacjami, że w znacznej większości wypadków decydujące dodatnie działanie elektrowstrząsów spostrzega się w okresie pierwszych trzech zabiegów i uważa się za wskazane: 1) jak najwcześniejsze rozpoczynanie leczenia, 2) wystarczającą liczbę wstrząsów od 4—6, co wpływa również korzystnie na słabszy, płytszy i krócej trwający zespół amnestyczny powstrząsowy. Rozważaniom *Müllera* muszę przyznać rację; już w mojej poprzedniej pracy na XX Zjeździe Psychiatrów Polskich w 1945 r. zwróciłem uwagę na to, że pierwsze istotne zmiany poprawy stwierdza się po 4 wstrząsie, a jeżeli nie będzie poprawy do 8 wstrząsów, to nie można liczyć na poprawę po następnych wstrząsach. Na tablicy IV podajemy liczbę dokonanych wstrząsów w przypadkach, które zakończyły się znaczną poprawą. Z tablicy tej widzimy, że tylko w 6 przypadkach stosowaliśmy więcej niż 8 wstrząsów; przy tym muszę dodać, że we wszystkich przypadkach wyraźna, a niekiedy całkowita remisja następowała po 4 zabiegu wstrząsowym.

Przy leczeniu elektrowstrząsowym 22 chorych mieliśmy 16 razy całkowitą remisję, w 4 przypadkach wynik leczenia określono tylko jako poprawę, pozostałe 2 przypadki opuściły szpital przedwcześnie, przed dokończeniem kuracji. Z 4 przypadków z pewną tylko poprawą w 3 stwierdziliśmy wyraźną psychopatię, a w jednym *psychopatia schizoidalis*. (tab. I).

Zbyt mała liczba przypadków obserwowanych, zgodnie z prawami statystyki lekarskiej nie pozwala nam na na przeprowadzenie statytyki w odsetkach. Wyniki nasze są na ogół zgodne z pracami innych autorów, zwłaszcza z pracą *Leyberga*)* z 1949 r., który na materiale wojskowym polskim w Lanerkshire stwierdził wśród 22 depresji reaktywnych 18 pełnych remisji **) po leczeniu elektrowstrząsowym, a w 4 przypadkach ocena wyniku odpowiadała naszej poprawie.

W obszernej i gorącej dyskusji nad działaniem elektrowstrząsów, która odbyła się w Societe med. - psychol. w 1945 r. *J. Delay* mówiąc o lecze-

*) Leczenie psychoz wstrząsami elektrycznymi 1946 r.

**) = wyzdrowienie.

niu elektrowstrząsowym powiedział, że nie jest ono panaceum i należy je stosować jedynie w przypadkach do tego typu wskazanych (*„ce n'est pas une panacée et il convient de ne le pratiquer que dans les cas où il est indiquée"*) dodał natychmiast, że byłoby błędem lekarskim powstrzymanie się od terapii elektrowstrząsowej w stanach depresyjnych. Również szereg innych autorów, że wymienię *Picard, Bonnaferes et Schmidt, Daumezon, Cassan et Delamarre*, u nas *Jarema**), potwierdza celowość stosowania elektrowstrząsów w depresjach reaktywnych i wbrew ostrzeżeniom *Baruka***), który twierdzi, że ślepe nadużywanie leczenia bez oparcia się na znajomości przyczyn i genezy objawów prowadzi do czasów przed-pinelowskich — stosowania częstego, systematycznego upustu krwi — stwierdzić musimy, że najsłuszniejszym leczeniem w psychozach reaktywnych, zwłaszcza typu depresyjnego jest wczesne stosowanie elektrowstrząsów, choć oczywiście zrozumiałym jest, że w przypadkach, w których to zaburzenie rozwija się na podłożu wybitnie psychopatycznym, zwłaszcza z cechami schizoidalnymi, nie można oczekiwać poprawy samego podłoża.

W referacie dotyczącym leczenia zaburzeń psychicznych reaktywnych powinienem omówić jeszcze dwie sprawy, a mianowicie 1) sprawę psychoterapii, 2) sprawę zapobiegania.

Psychoterapia w leczeniu reaktywnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza pod postacią sugestii i perswazji, czy metodą *Janeta*, czy *Dubois*, czy *Dejerina*, czy innych badaczy może odgrywać tym większą rolę, że chorzy tacy, neuropaci, mają wzmożoną sugestywność, a jak powiedział jeden z autorów, właściwie istotą każdej metody psychoterapeutycznej w ostateczności jest metoda sugerująca i nawet przy stosowaniu terapii elektrowstrząsowej dodatkowo wpływamy perswazją i sugestią.

Z drugiej znowu strony oczywiste jest, że byłoby znacznie mniej zaburzeń psychicznych reaktywnych, gdyby można było stworzyć warunki takiego życia, w którym nie będzie możliwości wytwarzania urazów psychicznych, bądź drobniejszych, ale długotrwałych, bądź krótkich, ale intensywniejszych; powyżej widzieliśmy, jak często urazami psychicznymi są niepomyślne warunki mieszkaniowie, niesnaski rodzinne, tułaczka itd. — higiena psychiczna życia rodzinnego, pracy, życia społecznego w najszerszym zakresie, przy współudziale psychiatrów z czynnikami społecznymi na pewno wpłynie na zmniejszenie liczby zachorowań. Jednakże ze względu na brak czasu, obu tym sprawom nie poświęcam więcej miejsca, pragnąłem bowiem w dzisiejszym odczycie zwrócić uwagę głównie na nowoczesne leczenie elektrowstrząsowe.

*) Przegląd Lekarski 1945 r. Nowiny Lekarskie 1946 r.

**) Soc. med. — Psychol. 1945 17.XII.

WACŁAW SEMADENI
(Klinika psychiatryczna U. W.)

ELEKTROENCEFALOGRAFIA KLINICZNA

Referat poglądowy wygłoszony na posiedzeniu Pol. Tow. Psych. Oddz. Warszawskiego, dn. 21.III.1948 r.

Pierwsze prace z zakresu elektroencefalografii (eegrafii) ukazały się w 1875 r., autorem ich był Anglik *Caton;* opisał on odkryte przez siebie prądy jako aktywność elektryczną rytmiczną, samoistną, ulegającą zmianom pod wpływem bodźców płynących z obwodowego układu nerwowego. Spostrzeżenia te potwierdził w 1883 r. *Fleisch von Marxow*, jednak szersze zainteresowania tą dziedziną powstały dopiero w 1890 r. po ukazaniu się pracy polskiego badacza *Becka*, o lokalizacji ośrodków kory mózgowej na podstawie zmian jej potencjałów elektrycznych.

W 1892 r. *Beck* i *Cybulski* przeprowadzają dalsze badania, wykazując wpływ bodźców zmysłowych dotykowych i słuchowych na aktywność kory mózgowej. Wówczas badania te były przeprowadzane na zwierzętach doświadczalnych, po uprzednim dokonaniu trepanacji czaszki, a dopiero w 1912 r. *Kaufman* wykazał, że te same próby można przeprowadzić poprzez nienaruszoną czaszkę. W latach od 1913 do 1925 *Prawdicz-Nemiński* podzielił aktywność kory mózgowej na 2 grupy, jedną o częstoliwości 10—15 na sek., powstają samoistnie i drugą o częstotliwości — 20—32 na sek., towarzyszącą czynnościom psychicznym. Pierwszego podziału aktywności elektrycznej kory mózgowej człowieka dokonał *Berger* badając chłopca po przebytej trepanacji czaszki. On też pierwszy wprowadził do nauki termin *electroencephalographia* (EEG).

Nowa ta metoda badania czynności mózgu dzięki ulepszeniom technicznym ulega coraz to większemu rozwojowi oddając duże usługi w poznawaniu fizjologii mózgu i diagnostyce jego schorzeń.

Przed omówieniem zastosowania eegrafii w klinice, chciałbym podać pokrótce najważniejsze teorie o istocie badanych fal i ich przebiegu w stanach fizjologicznych.

Głównym założeniem eegrafii jest fakt, że każda komórka nerwowa jest zdolna do wytworzenia różnicy potencjałów pomiędzy swoją częścią wewnętrzną a częścią powierzchowną. Dzięki temu kora mózgowa może produkować prądy elektryczne. Krzywe otrzymywane na eegramie są wynikiem sumowania się aktywności wszystkich komórek i przedstawiają się pod postacią falistej linii, na której jako podstawowe fale odróżniamy fale alfa i beta. Fale alfa, opisane przez *Bergera*, wyróżniają się od innych dużą regularnością kształtu, częstotliwością przeciętną 10 na sekundę, amplitudą około 50 mikrovolt. Dawniej fale te nazywano rytmem *Bergera* ale po kongresie EEG w 1946 r. w Paryżu termin ten zarzucono.

Kierując się występowaniem fal alfa wyróżniamy eegramy o rytmie alfa dominującym, subdominującym, o rytmie mieszanym i wreszcie o falach alfa rzadkich. Fale beta są znacznie mniej regularne od alfa, częstotliwość ich wynosi od 17—50, przeciętnie 25 na sek., amplituda ich jest zazwyczaj 2—3 razy mniejsza od amplitudy fal alfa.

Berger lokalizuje fale alfa we wszystkich warstwach i uważa je za wyraz przemiany metabolicznej, fale beta natomiast lokalizuje w powierzchownych warstwach kory mózgowej i wiąże je z czynnościami psychicznymi. *Adrian* znajduje najwyraźniejsze fale alfa w płatach potylicznych.

Andrew i *Jasper* podają, że najwyraźniejsze fale beta otrzymali w częściach precentralnych kory.

Poza tymi falami wyodrębnia się fale wolne teta o częstotliwości 4—7 na sek. i fale opisane przez *Waltera* o częstotliwości poniżej 4 na sek. — fale delta. Co do istoty wyżej wymienionych fal istnieją różne teorie, najbardziej rozpowszechnionymi z nich są teorie *Adriana* i *Bergera*.

Adrian podaje, że fale alfa są wynikiem zsynchronizowania kompleksów statycznych aktywności wszystkich komórek kory mózgowej, które pod wpływem bodźca zewnętrznego lub intrapsychicznego ulegają desynchronizacji, dając fale beta.

Berger, jak już wyżej wspomniałem, fale alfa wiąże z czynnością metaboliczną komórek wszystkich warstw kory mózgowej, a fale alfa z czynnością psychiczną warstw powierzchownych kory.

Badania eegraficzne osobników normalnych wykazały duże różnice indywidualne, pozostające w ramach fizjologicznych. Co więcej, okazało się, że krzywa EEG tego samego osobnika pobrana w innym czasie może wykazać odchylenia od pobranej poprzednio.

Również znaczne różnice spostrzeżono w zależności od wieku badanego. *Gibbs* badając 1-dniowe noworodki stwierdził u nich nieregularne krzywe bez zaznaczonych fal, które spostrzega dopiero po 3 miesiącu życia i które powstają w okolicy potylicznej. *Jasper* zwraca uwagę na łączność tego zjawiska z pierwszym spostrzeganiem wzrokowym dziecka. Począwszy od tego okresu fale najpierw wolne, o niskiej amplitudzie, nieregularne, uzyskują coraz większe wychylenia, stają się szybsze i coraz bardziej regularne. Według *Bergera* fale, które mogą być zaliczone do szeregu fal alfa pojawiają się dopiero około 5 roku życia, by stać się równorzędnymi z falami alfa dorosłego człowieka w 8—9 roku, jednak całość krzywej nabiera wszystkich cech krzywej dorosłego człowieka dopiero w 15—16 roku życia.

Badania eegramów starców nie wykazały żadnych odchyleń od krzywych wieku dojrzałego.

W czasie odpoczynku psychicznego i zmysłowego eegram wykazuje przewagę fal alfa, z chwilą zaś gdy jakiś bodziec dotrze do kory mózgowej, fale alfa ulegają rozpadowi na fale beta, powstaje tzw. reakcja zahamowania. Powstaje ona po pewnym okresie utajenia trwającym od 0,009—0,7 sek. i trwa przez okres działania bodźca. Jeśli jednak przeciąga się poza ten okres, mówimy o jej przetrwaniu lub pokryciu. Po minięciu działania bodźca fale alfa pojawiają się powtórnie. Jeśli trwa dłuższy czas, fale alfa powracają również, a czas upływający do ich pojawienia się w 50% ich pierwotnej ilości nazywamy czasem adaptacji. Bodźce świetlne powodują reakcję zahamowania w płacie potylicznym, bodźce słuchowe — w ośrodku słuchowym kory mózgowej.

Zjawisko adaptacji, jak i niewystępowanie reakcji zahamowania przy często powtarzających się bodźcach, tłumaczone jest koniecznością poparcia wrażenia zmysłowego przez uwagę badanego.

Badania przepowadzone w czasie snu naturalnego wykazały zmniejszenie amplitudy i częstotliwości fal alfa. Szczegółowe badania eegramów w czasie snu przeprowadził *Loomis*, wyróżniając 5 etapów występujących w miarę połębiania się snu.

Początek snu: rytm alfa staje się wolniejszy, o mniejszej amplitudzie. W drugim okresie linia przedstawia się jako prosta o lekkich drganiach potencjonalnych.

W 3 fazie pojawiają się szeregi fal i nieco szybszych o mniejszej amplitudzie. niż fale alfa.

W 4 fazie do szeregu fal drobnych i szybkich dołączają się fale wolne, o dość dużej amplitudzie.

W 5 fazie fale wolne dominują. W czasie marzeń sennych dołączają się fale o częstotliwości 4—5 na sek.

W czasie snu wywołanego sztucznie narkozą najpierw powstaje okres wzmożenia częstotliwości i amplitudy fal. Odpowiada on okresowi podniecenia występującego w początkowej fazie narkozy. Następnie, im narkoza staje sę głębsza, tym rytm staje się wolniejszy a w czasie narkozy chirurgicznej ustala się typowy rytm wynoszący 1/sek. Przekroczenie go dowodzi przedawkowania narkotyku.

W stanach komatycznych autorowie francuscy spostrzegli większą czułość na bodźce zmysłowe, łatwiejsze występowanie reakcji zahamowania. Wyciągają z tego wniosek, że mózg śpiącego zbliża się do aktywności niższego rzędu, do aktywności automatycznej, odruchowej.

Ciekawych badań nad powstaniem odruchów warunkowych dokonał *Ectors*, który kłując królika w łapę, otrzymał reakcję zahamowania w sferze czuciowej kory mózgowej odpowiadającej miejscu ukłucia. Gdy, po kilkakrotnym powtórzeniu tej czynności, zbliżał tylko igłę, nie kłując, otrzymywał również reakcję zahamowania w tym samym miejscu kory mózgowej.

Cornil i *Gastaut* dokonali badań wrażliwości reakcji zahamowania u osobników praworęcznych i leworęcznych. Wykazali oni u leworęcznych, nawet przeuczonych, większą wrażliwość sensytywną półkuli po stronie prawej, podczas gdy u osobników praworęcznych jest ona po stronie lewej.

EEG W STANACH PATOLOGICZNYCH

W różnych stanach patologicznych pojawiają się fale lub całe ich zespoły typowe dla danego schorzenia. Na kongresie paryskim wyodrębniono ogółem 11 typowych zmian krzywych eegraficznych.

Badając eegram patologiczny należy zwrócić uwagę na zmiany częstotliwości fal, ich amplitud, zmiany ich regularności, kształtu, na pojawienie się fal szczytowych *(spike, pointe)* oraz asynchronizmy.

1) Brak rytmu alfa jest najczęściej zjawiskiem patologicznym. Chociaż *Gibbs* i *Davis* wykazali, że u wielu osobników normalnych fale te mogą być rzadkie, a nawet prawie niewidoczne, to jednak po większej części zjawisko to występuje w stanach patologicznych, jak w obrzęku śluzowatym wrodzonym, w niektórych zanikach mózgu, w schizofrenii. W ogniskach zniszczonej kory mózgowej nie ma nigdy fal alfa.

2) Zmiany częstotliwości. Przyśpieszenie rytmu występuje przy hiperwentylacji, a w stanach podniecenia fale o wybitnie zwiększonej częstotliwości tworzą fale szczytowe oraz ich zespoły.

Fale wolne są wskaźnikiem zmian patologicznych, jeśli występują masowo, pojedyncze o niczym nie świadczą. Ze stanów fizjologicznych występują one w czasie snu, w stanach patologicznych występują one w okolicy tkanki mózgowej zniszczonej i nie pochodzą z samego ogniska chorobowego, tylko z otaczającej tkanki śródmiąższowej. Pojawiają się one również w stanach daleko posuniętego otępienia, obrzęku śluzakowego.

Wolne te fale mogą być o małej amplitudzie, jak np. w guzach mózgu, lub o dużej — jak w epilepsji.

3) Regularność. Zmiany regularności fal alfa *Berger* stwierdził w przypadkach porażenia postępującego.

4) Kształ. Zmiany te są bardzo subtelne, jeszcze niedostacznie opracowane. W niektórych schorzeniach są jednak dość typowe, umożliwiając najczęściej rozpoznanie padaczki.

5) Fale szczytowe. Amplituda ich jest znacznie większa niż fal normalnych, a częstotliwość ich waha się od 80—200 na sek.

Fale te mogą się pojawiać pojedyńczo lub w zespołach i prawie zawsze świadczą o zmianach patologicznych. Powstają one przy ogniskach rozmiękania mózgu, w miejscu ściśle ograniczonym, lub występują na całej przestrzeni mózgu, np. w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych.

6) Asynchronizm. Aby poszukiwania ogniska chorobowego były dokładne, powinny one być przeprowadzane symetrycznie w obu półkulach. Wówczas każda większa wykryta asymetria fal naprowadza na możliwość istnienia ogniska zmian patologicznych w odpowiedniej półkuli.

CZĘŚĆ KLINICZNA

Psychopatie. *Simons* i *Donald* zajmowali się badaniem eegramów w psychopatiach. Na materiale 63 chorych stwierdzili oni w 53% zmiany eegramów pod postacią różnych odchyleń od normy. Zmiany te nie stanowią żadnego wyraźnie zdefiniowanego typu, cechują się tylko falami wolnymi o częstotliwości poniżej 8 na sek., a głównym ich siedliskiem mają być płaty czołowe. W badanych przypadkach nie stwierdzono neurologicznych odchyleń od normy.

Schizophrenia. W przypadkach schizofrenii eegram nie wykazuje na ogół większych odchyleń od normy. Podaję tu jednak opinię różnych autorów. *Lemer* stwierdza, że w schizofrenii fale alfa są rzadkie; autor ten stara się raczej w ogóle odróżnić typ psychiczny schizotymiczny, na podstawie skąpego niewyraźnego rytmu alfa, od typu psychicznego syntonicznego cechującego się wyraźnym dominującym rytmem alfa.

Gibbs i *Davis* podają, że schizofrenię można odróżnić na podstawie eegramu po niewyraźnym rytmie, alfa, po falach szybkich i drobnych.

To samo zdanie wyraża *Jasper* i *Berger*. *Walter* twierdził, że schizofrenia nie daje żadnych typowych zmian eegraficznych. Jednak, na podstawie swoich ostatnich badań z 1945 r. podaje, że schizofrenia katatoniczna przedstawia typowy obraz eegraficzny, pod postacią fal drobnych o wysokiej amplitudzie. *Cameron* i *Rubin* stwierdzają także pewne zmiany krzywych w różnych postaciach schizofrenii, a nawet zmiany w zależności od stanu pacjenta.

Psychoza maniakalno-depresyjna. W stanach depresyjnych w psychozie maniakalno-depresyjnej stwierdzono przyśpieszenie częstotliwości rytmu oraz zwiększenie amplitudy fal; rytm alfa jest wyraźny i dominującym. W stanach depresyjnych innych nie udało się stwierdzić żadnych odchyleń od normy.

Niedorozwoje umysłowe. U osobników z daleko posuniętym niedorozwojem umysłowym stwierdza się fale wolnej o średniej amplitudzie, fale alfa są rzadkie i niekształtne. W przypadkach ciężkiego *debilitas* lub *imbecilitas* fale alfa są wolniejsze niż zwykle i o nieco wyższej amplitudzie niż u osobników normalnie rozwiniętych intelektualnie. *Kreuzer*, przeprowadzając dokładne badania niedorozwiniętych umysłowo, stwierdził, że tylko te przypadki dają zmiany eegraficzne, które swym rozwojem intelektualnym nie przekraczają rozwoju normalnego 7 letniego dziecka.

Stany otępienne. W stanach tych pojawiają się przede wszystkim fale wolne typu delta. Zjawisko to stwierdzono w otępieniu starczym, epileptycznym, alkoholowym. W przypadkach porażenia postępującego stwierdza się fale drobne, przyśpieszone, nieregularne, o dużej zmienności pod względem amplitury i częstotliwości — wykazują one najczęściej asymetrię między obiema półkulami.

Epilepsia. Najbardziej typowe zmiany eegraficzne otrzymujemy w epilepsji. Fale otrzymywane w tych przypadkach wyróżniają się wielkością amplitudy, która przekracza wielkość normalną 10-krotnie. Typowe te zmiany są tym wyraźniejsze, w im krótszym czasie przeprowadzamy badanie po napadzie drgawkowym. W ciężkich padaczkach charakter patologiczny fal utrzymuje się stale i jest złą prognozą, gdyż przypadki takie zazwyczaj okazują się odporne na leczenie. U chorych mających napady typu *grand mal* otrzymujemy fale o amplitudzie 1 milivolta, częstotliwości około 30 na sek. pod postacią ostrego, nagłego wychylenia krzywej.

W przypadkach, w których występują napady o typie *petit mal*, otrzymujemy typowy obraz 2 fal: I) dużej, wolnej o płaskim szczycie i II) następującej zaraz po I, o ostrej fali szczytowej. Amplituda ich przekracza

normalnie 10-krotnie. Hiperwentylacja przeprowadzana u epileptyków wykazuje typowe fale epileptyczne bez względu na to czy drgawki występują, czy nie. W przypadkach epilepsji pourazowej EEG oddaje wielkie usługi wskazując miejsce uszkodzenia, z którego rozchodzą się fale patologiczne.

U r a z y i g u z y m ó z g u. Cenne usługi oddaje EEG przy wykrywaniu i lokalizowaniu zmian pourazowych i guzów mózgu. W tym celu, jak podają badacze, najlepiej jest posługiwać się aparatem wielokanałowym, czyli wieloelektrodowym, by móc jednocześnie śledzić i porównywać fale otrzymywane z różnych płatów mózgu. Układa się wówczas elektrody na czaszce w figurę trójkąta lub linijnie.

Typowymi dla guzów mózgu i ognisk uszkodzonej tkanki mózgowej są fale wolne, fale delta.

Wykrycie i lokalizacja guzów napotyka wówczas na trudności, gdy mamy do czynienia z małym guzem, wolno narastającym, głęboko położonym, zwłaszcza w tylnym dole czaszkowym, lub wreszcie z postacią rozsianą.

Nowotwory szybko rozrastające się, złośliwe dają wyraźniejsze zmiany niż postacie łagodne, powoli narastające.

Poza ścisłymi badaniami klinicznymi, metodę eegraficzną zastosowano również między innymi przy kontroli działania leków i metod leczniczych. A więc w psychiatrii zastosowano kontrolę eegraficzną przy leczeniu elektroszokowym, insulinowym, kardiazolowym.

Przy badaniu chorych poddanych leczeniu elektrowstrząsowemu zauważono, że po każdym zabiegu powstają w krzywej zmiany, które w miarę powiększania się ilości zabiegów wzrastają, by po większej ilości zabiegów stać się nieodwracalnymi. Opierając się na tych badaniach autorzy francuscy zalecają stosowanie elektrowstrząsów nie częściej niż 2 razy na tydzień i w seriach nie dłuższych niż 10 zabiegów.

Autorowie amerykańscy porównując eegramy chorych wyleczonych elektrowstrząsami oraz tych, u których leczenie to nie dało rezultatów, nie zauważyli w nich żadnej różnicy. Na tej podstawie twierdzą oni, że kontrola eegraficzna nie naświetla mechanizmu tej metody leczenia i że nie powinna mieć wpływu na dawkowanie zabiegów.

Po kuracji insulinowej niektórzy autorowie stwierdzają pojawienie się u schizofreników wyraźniejszego rytmu.

Jak z tego widzimy, wyniki badań eegraficznych w wielu dziedzinach są niepewne lub niedostateczne, co wypływa z trudności na jakie napotykamy przy badaniu prądów o tak nikłym napięciu, bo wyrażonych w milionowych częściach volta, poprzez pokrywę czaszki, prądów tak bardzo zmien-

nych, niestałych, przedstawiających różnorodne odchylenia indywidualne i których istota nie jest ściśle zbadaną.

Dlatego w celu ułatwien:a odczytywania eegramów różni badacze proponują stosowanie pewnych metod.

Liberson podaje metodę zwaną histogramem, która polega na ścisłym mierzeniu amplitud fal i procentowym ich segregowaniu. *Grass* i *Gibbs* skonstruowali specjalny aparat, zwany integratorem mechanicznym, umożliwiający obiektywne analizowanie krzywej jako funkcji periodycznej. *Drohocki* wprowadził metodę stosowania filtrów, starając się w ten sposób rozłożyć otrzymywaną sumę różnorakich prądów na krzywe powstające z prądu o jednej, ściślej określonej częstotliwości.

W wyniku tych wszystkich trudności często różni autorowie na temat jednego zagadnienia dochodzą do różnych wniosków, a nawet ci sami badacze zmieniają swoje zdanie mogąc przeprowadzać swoje badania na coraz bardziej ulepszonych aparatach.

PIŚMIENNICTWO

Bertrand J. Delay J. Guillain — L'electroencephalogramme normal et patologique. Paris. 1939.

Boudoin et Fischgold — Electroencephalographie. La semaine des Hopitaux 22 a, N. 26.II juillet 46.

Bartrand. Wplywy magnezium na EEG królika. Revue Neurologique T 79. N 7.47.

Boudoin et Fischgold Develcppement et perspective de egg clinique. Journal de Radiologie et Electrol. 46 7 — 8 pp 313 — 318.

Drohocki Z. Eeg. qualitative et quantitative du cerveau Arch. Suisse neurol. et psych. 45.

Gibbsand Gibbs Atlas of E.E.G. Cambridge, Mass U. S. A. 44.

„ „ Electroencephalographic changes with age in adolescent and adult control subjects Arch. Neurol. A. 44 TR. Am. Neurol. A. 44.

„ „ Electroencephalographic classificatio of epileptic patients and control subjects, Arch. Neurol. psych. 43.

Gibbs F. A. Electrical activity of brain. Rev. jPhysiol. 45.

Berner. L'activite electrioue de I electrioue de L'ecorce cerebral. Paris 38.

Kommüller. Kliniche elektroencephalographie Muchen Berlin 44.

Hoalgand H. Malamund W. Kaufman I. C. and Pincus G. Psychomatic Medicine 46 8/4 246 — 250. Changes in the electroencephalogram and in the excretion of 17 — ketosteroids accompanying electro-shock therapy of agitated depresion.

Marmon. Zranienia głowy w EEG Journal of nervous and mental disease 1942 V. 93 n. 3 mars p. 285 — 298.

Walter W. G. The localition of cerebral tumors by electroencephalography Lancet 1946.

W. G. Walter Electroencephalography. The journal of mental science 1944 p. 54—64.

BAZYLI GOROSZENIUK
Tworki

MOŻLIWOŚCI ZESPOŁOWEJ PRACY NAUKOWEJ W SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH W OPARCIU O LABORATORIUM

Referat wygłoszony na XX Zjeździe Psychiatrów Polskich w 1945 r. w Tworkach

Referat niniejszy jest rozważaniem na marginesie prac: *Handelsmana*— „XV lat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego", *Borowieckiego* — „W sprawie programu Psychiatrii Polskiej" oraz referatu *Hrynkiewicza* „O pracy zespołowej kliniczno-laboratoryjnej w szpitalach psychiatrycznych".

W pierwszej pracy autor, dając zarys historyczny rozwoju P. T. P. od roku 1864, od czasu utworzenia sekcji chorób umysłowych w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, do roku 1935, twierdzi, iż pomimo że poczynania naukowe i społeczne psychiatrów pracujących w Polsce częstokroć uderzały w próżnię społeczną i rzadko znajdowały należyty oddźwięk to jednak we wszystkich oddziałach Towarzystwa daje się zauważyć duży wkład pracy, dążenie do postępu, wyrażające się w informowaniu o najnowszych poglądach psychiatrycznych, omawianiu spraw istotnych dla psychiatrii klinicznej lub też przedstawianiu własnego dorobku klinicznego doświadczalnego i laboratoryjnego. Dalej autor podkreśla jednak, że nasza produkcja naukowa daleka jest, zarówno pod względem ilościowym jak i jakościowym, od produkcji naukowej naszych sąsiadów. Podnosi także pewnego rodzaju osamotnienie, jedynej samodzielnej kliniki uniwersyteckiej psychiatrycznej w jej wysiłkach naukowych i stosunkowo mały udział lekarzy zakładowych w pracy naukowej.

Drugi z autorów, po rozpisaniu do czołowych przedstawicieli psychiatrii polskiej i dziedzin pokrewnych, ankiety w sprawie programu pracy na najbliższą przyszłość, zestawiając nadesłane odpowiedzi, dochodzi do

wniosku, iż większość psychiatrów wypowiada się za kierunkiem somatycznym w psychiartrii. Podkreśla także jako znamienny rys w polskiej psychriatrii, jej młodzieńczy maksymalizm i jej, nie pozbawione próżności, wygórowane dążenia i wymagania. Jako wytyczne programowe ustala: 1 — organizację klinik psychiatrycznych, 2 — dążenie do silniejszego związania klinik psychiatrycznych z zakładami psychiatrycznymi, 3 — ujednolicenie pojęć jak i terminów którymi się posługujemy, 4 — udział klinik i szpitali w pracy społeczno-psychiatrycznej, 5 — wyszukiwanie mlodych, uzdolnionych i interesujących się psychiatrią ludzi, odpowiednie szkolenie ich w kraju i zagranicą, nie tylko ich popieranie, otoczenie opieką, lecz także planowe kierowanie ku odpowiednim zagadnieniom.

Trzeci z autorów zwraca uwagę na konieczność przekształcenia wewnętrznego życia zakładowego oraz nawiązania ściślejszego kontaktu z zewnętrznym światem naukowym. Podkreśla potrzebę pewnych wytycznych z góry, brak bodźców ze strony klinik uniwersyteckich. Stwierdza, iż poza bogatym materiałem kazuistycznym, zakłady mają duże możliwości w dziedzinie eksperymentu.

Od czasu ogłoszenia tych prac upłynęło 10 lat, w tym 6 lat zawieruchy wojennej. Dorobek naukowy od tego czasu zwiększył się nieznacznie, wojna natomiast, prawie do podstaw zniszczyła warsztaty pracy, pozbawiła życia wielu ludzi, a tych co pozostali rzuciła w warunki wegetacji.

A jednak pracę należy kontynuować. Chwila obecna nadaje się na to, by się zastanowić nad dorobkiem dotychczasowym, odpowiedzieć sobie na pytanie, jak mamy pracować dalej, w jakim kierunku iść, co trzeba zrobić ażeby wciągnąć do pracy młodych ideowych ludzi, jak należy nimi pokierować ażeby ochronić zapał ich młodości przed bezdrożem i wyjałowieniem.

Z nauk lekarskich psychiatria jest nauką najbardziej rozległą i najmniej uporządkowaną. Zagadnienia związane z nią obejmują wiele innych dziedzin naukowych, każda z tych dziedzin rozwija się z dnia na dzień, obejmuje coraz większe możliwości, ustala coraz bardziej dokładne metody pracy. Usiłowania psychiatrów ostatnich dziesiątków lat zmierzają między innymi ku temu, ażeby oprócz opanowania materiału, jaki nastręcza każda z pokrewnych dziedzin, przyswoić również właściwe metody badań. Usiłowania te napotykają ogromne trudności nie tylko ze względu na szeroki zakres badań, lecz także dlatego, iż wiele gałęzi medycyny, na których musi opierać się psychiatria, znajduje się dopiero w okresie początkowym. Toteż na całym szerokim odcinku zagadnień, jakie postawiła sobie psychiatria, brak na razie wyraźnie zaznaczonego frontu pracy, który by oddzielał rzeczy ustalone od terenów badaniami jeszcze nie objętych. Speku-

latywne podejście przy interpretacji mechanizmów zaburzeń psychicznych, daje nieograniczone możliwości fantazjowania, z drugiej strony zastosowanie metod tzw. ścisłych, opartych na pomiarach przy próbach ustalania związku przyczynowego między zaburzeniami psychicznymi a faktami natury fizjologicznej czy też anatomicznej, najczęściej nie daje pozytywnych wyników lub prowadzi do ogólnikowych, mało mówiących wniosków. Dotyczy to zarówno prac polskich jak i obcych. Jedynie nieliczne prace mają istotne znaczenie dla rozwoju myśli psychiatrycznej i to nie tylko ze względu na właściwe postawienie zagadnienia, lecz także ze względu na właściwie rozbudowany aparat wykonawczy w postaci odpowiednio wyszkolonych fachowców oraz dobrze uposażonych warsztatów pracy naukowej.

O ile w pierwszym okresie do zrozumienia mechanizmów i patogenezy zaburzeń psychicznych najwięcej się przyczyniła współpraca psychiatrii z anatomią, o tyle w drugim okresie na pierwsze miejsce wysuwa się współpraca z fizjologią. Prace związane z chemią fizjologiczną będą miały dla psychiatrii w przyszłości doniosłe znaczenie, na razie jednak są tylko próby. Praca psychiatryczno-kliniczna rozwija się nadal, jednak prowadzona bez oparcia o badania laboratoryjne nie doprowadzi nigdy do zrozumienia mechanizmu i patogenezy zaburzeń psychicznych i do racjonalnego ujęcia jednostek chorobowych.

Jeżeli przegląda się prace polskich psychiatrów oparte o badania laboratoryjne, to często oprócz braku konkretnych wniosków stwierdza się ich fragmentaryczność. Dobra praca *Zameckiego*, dotycząca reakcji *Buscaino*, wykonana na klinice psychiatrycznej U W przy współpracy Zakładu Chemii Fizjologicznej pozostała zupełnie bez echa. Również bez echa przeszła praca *Sikorskiej*, nad stanem rozproszenia koloidów surowicy krwi w chorobach psychicznych. Badania *Hrynkiewicza* nad przepuszczalnością opon mózgowo-rdzeniowych i przemianą materii w chorobach psychicznych nie dały pozytywnych wyników. Również nie dały pozytywnych wyników badania grupy krwi u chorych psychicznie, a jedna z nich kończy się stwierdzeniem potrzeby dalszych tysiącznych badań. Ciekawa praca *Wilczkowskiego* o odruchach chemicznych we krwi powinna stać się punktem wyjściowym do dalszych badań systematycznych. Najlepiej z punktu widzenia osiągniętych rezultatów przedstawiają się prace dążące do wykrycia zależności między zmianami anatomicznymi w mózgu a zaburzeniami psychicznymi. *(Rose, Handelsman, Dreszer)*.

Niewspółmierne są te poczynania z możliwościami, jakie nastręcza współpraca kliniczno-laboratoryjna. Bez względu na to, czy czynność regu-

lacyjna filogenetycznie najstarszych układów chemicznego i enzymatycznego układu gruczołów wydzielania dokrewnego oraz układu wegetywnego da się przyczynowo powiązać z zaburzeniami psychicznymi, czy też jest tylko komponentą tych ostatnich, jedynie w warunkach zakładów psychicznych istnieje możliwość prowadzenia systematycznych badań dotyczących gospodarki białkowej, węglowodanowej, tłuszczowej, solnej i wodnej ustroju w chorobach psychicznych. Niewątpliwie musi istnieć jakaś bliższa zależność między typem odporności ustroju na choroby zakaźne a przebiegiem zaburzeń psychicznych. Również niewyjaśniony jest stosunek zjawisk alergii do zaburzeń psychicznych.

Obok układania profilów psychologicznych *(Klages)*, układane były profile obejmujące anatomiczną budowę ciała *(Kretschmer)*, później profile humoralne (Karafka). Ostatnio podjęto badania dokoła takich szeregów, jak wrażliwość na barwy i kształty, odwracalność uwagi, czynność tarczycy i nadnercza, przepuszczalność naczyń, stan rozproszenia koloidów we krwi, oporność tkanek względem prądu elektrycznego, stosunek procesów rozpadu i syntezy związków chemicznych w ustroju, stopień uwodnienia cząsteczek białka, wahanie poziomów niektórych pierwiastków i związków chemicznych we krwi, napięcie układu wegetatywnego, budowa ciała pikniczna i leptosomiczna *(Dambach, Petersen)*.

Niewątpliwie badania tego rodzaju nie mają bezpośredniego związku zrozpoznaniem i leczeniem chorób psychicznych, jednak coraz głębiej wnikają w mechanizmy obejmujące cały ustrój wraz z ośrodkowym układem nerwowym, jako jednym z narządów. Badania, prowadzące bezpośrednio do wyjaśnienia struktury i czynności ośrodkowego układu nerwowego, będą nadal ośrodkiem zainteresowań i badań w psychiatrii. Niestety dziś jeszcze można spotkać psychiatrów, którzy zostawiając nerki i moczowody urologom, serce i naczynia kardiologom, rezerwują sobie ośrodkowy układ nerwowy, jako wyłączny teren dociekań, mało troszcząc się o resztę lub całość ustroju. Są też inni, którzy ujmują zjawiska psychiczne jako coś tak odrębnego od organicznych funkcji ustroju, że uznając wartość pomocniczą badań przedmiotowych nad ośrodkowym układem nerwowym, skłonni są nadal do dociekań bezpośrednich nad zjawiskami i zaburzeniami psychicznymi spodziewając się rozwiązania zagadnień niezależnie od badań czysto anatomicznych i fizjologicznych. Istnieją również tendencje doszukiwania się w układzie nerwowym swoistej energii nerwowej, prądów nerwowych.

A przecież komórka nerwowa jest tylko odmianą innych komórek i jako skomplikowany układ kondensatorów o nieznanej budowie chemicz-

nej nie wytwarza kwasu solnego, adrenaliny, lecz odbiera bodźce naładowując kondensatory i nadaje bodźce w postaci prądu nerwowego, który mimo swej małej szybkości jest prądem elektronów, jak to ostatnio zostało dowiedzione. Każde zjawisko czy przeżycie psychiczne jest w istocie rzeczy procesem energetycznym, ma swój odpowiednik w zmianach energetycznych w układach kondensatorów komórek nerwowych i może być wyrażone w pojęciach, jakich nam dostarczają fizyka i chemia.

W biochemia istnieje niewielki dział chemia cholesterolu. Miałem możność przejrzenia monografii na ten temat z roku 1934, zestawiającej całokształt badań. Pierwsza konkretna wzmianka o tym związku chemicznym ukazała się w roku 1789. Od tego czasu do roku 1934 upłynęło 145 lat, w ciągu których setki ludzi, systematycznie rozwijając badania, ustaliły wzór chemiczny tego związku, zawartość jego w tkankach i płynach ustroju, oświetliły rolę cholesterolu i związków pokrewnych w procesach życiowych. Między innymi ustaliły związek cholesterolu z witaminą D, hormonami płciowymi, kwasami żółciowymi, ze zmianami sklerotycznymi naczyń kwionośnych, z procesami utleniania i redukcji, z czynnością enzymów i przemianą węglowodanową. Uderza tu wspaniały rozwój zagadnienia, dokonany nie przez dyskusje, lecz przez żmudną, systematyczną pracę ludzi - mrówek.

Miałem również możność przejrzenia wielu artykułów naukowych i monografii na temat innego związku, nie chemicznego, pospolicie zwanego charakterem. Nie wiem, czy badania nad tym związkiem trwały również 145 lat, w każdym razie włożono w nie wiele pracy, napisano wiele książek, ustalono wiele klasyfikacji . I niespodzianką jest to, co mówi *Baley*: „*Ewald* uskarża się na chaos panujący w literaturze współczesnej, dotyczącej przyporządkowania treści pojęciowej takim terminom jak charakter i temperament, który wygląda tak tragicznie, jakby porozumienie między różnymi autorami w sprawie użycia tych terminów, uzgodnienie ich znaczenia było w ogóle niemożliwe. Ale *Ewald* jest optymistą i pełny magazyn wszelakich definicji powiększa własnym wysiłkiem o jedną jeszcze sztukę". „Pojęcie osobowości w walce o byt zdaje się być najbardziej groźne dla pojęcia charakteru, a u niektórych autorów całkowicie je ruguje". „Stąd pojęcie charakteru w swej tradycyjnej postaci staje się przy tworzeniu nowych konstrukcji raczej zawadą niż pomocą. Tym się tłumaczy, że bywa ono przy badaniu osobowości w sposób mniej lub więcej świadomy wymijane i pomijane". Wypowiedzi te są wyrazem konsternacji u ludzi, którzy widzą iż przedmiot badania gubią po drodze.

Trudno nie zgodzić się ze zdaniem *Minkowskiego*, gdy mówi, iż psychiatria powinna czerpać natchnienie w filozofii. Śmiem twierdzić, iż prace naukowe, prowadzone bez trwałej systetycznej podbudowy, doprowadzić muszą zawsze do rozproszenia wysiłków, do nagromadzenia zwaliska faktów, gdyż zabraknie im kierunku trwałego i więzi organicznej. Wśród różnych poglądów filozoficznych pogląd *Spinozy*, który znajduje oddźwięk w poglądach niektórych fizyków współczesnych *(Eddington)*, wedlug którego rzeczywistość jest jedyna i niepodzielna, tylko różnie widziana i ujmowana z dwóch stron, mógłby mieć znaczenie dla badań naukowych dotyczących psychiki ludzkiej. Wówczas moglibyśmy wysunąć twierdzenie, iż każdej strukturze psychicznej odpowiada niezmiennie struktura fizyko-chemiczna, i każdemu procesowi psychicznemu odpowiadałby zawsze i niezmiennie proces fizyko-chemiczny. A ponieważ tylko badania naukowe oparte na wiedzy ścisłej mogą mieć cechy trwałości, dlatego jedynie rozwój badań nad strukturą i dynamiką układu fizyko-chemicznego, jakim jest człowiek, może doprowadzić do ścisłego ujęcia zjawisk psychicznych w całym ich zakresie.

W pracach dotyczących psychiatrii, można spotkać zdanie, iż psychologia z czasem stanie się częścią fizjologii *(Pawłow)*, albo też jest mowa o wypełnieniu luki, jaka istnieje między psychologią i psychopatologią z jednej strony, a fizjologią i patologią ogólną z drugiej *(Mazurkiewicz)*. Zdania te, pozornie, są jak gdyby sobie przeciwstawne, jednak w gruncie rzeczy wyrażają ten sam pogląd. Gdyż istotnie z czasem psychologia zostanie przełożona na język formułek fizyko-chemicznych, lecz sama nigdy nie pozbędzie się swego własnego języka. Ta dwujęzyczność faktów psychicznych pozostanie na zawsze ich cechą.

Nie mogę w tym miejscu nie podkreślić doniosłości prac *Mazurkiewicza*, których cechą najistotniejszą jest syntetyczność, wiążąca i zespalająca dorobek wielu pokoleń psychologów i psychopatologów z rzeczywistością, jaką nam odsłaniają nauki ścisłe. Każdy rozdział tych prac może i powinien się stać punktem wyjściowym do badań systematycznych.

Jeżeli się uprzytomni ogrom zagadnień, wobec których stoi psychiatria współczesna, uwzględni się rozmach naukowy psychiatrii krajów wielkich, posiadających kadry fachowców oraz dobrze uposażone i rozbudowane warsztaty pracy i jeśli się zastanowi nad dorobkiem dotychczasowym psychiatrii polskiej, stają przed oczami wówczas zgliszcza Kliniki Psychiatrycznej U. W., tej „jedynej samodzielnej kliniki psychiatrycznej w Polsce, osamotnionej w swoich wysiłkach naukowych i niedostatecznie wspieranej przez zakłady psychiatryczne".

Powstaje pytanie, czy wolno opierać rozwój polskiej myśli psychiatrycznej, zwłaszcza w dobie obecnej, kiedy wszystko trzeba montować od podstaw, na odosobnionych wysiłkach poszczególnych ludzi, które mimo niezaprzeczalnej niekiedy wartości, są fundamentem kruchym i nietrwałym. Jeden z profesorów na wykładzie chemii nieorganicznej ze wzruszeniem opowiadał słuchaczom o tym, jak *Maria Curie - Skłodowska* rozpoczynała swe prace nad radem w szopie z dziurawym dachem, w prymitywnych warunkach. Niewątpliwie *Parnas* miał słuszność, gdy chcąc wzbudzić w słuchaczach zapał do pracy naukowej mówił, że nawet w prostych warunkach może być przeprowadzone cenne badanie naukowe, że rzeczą najważniejszą w nauce jest umiejętność stawiania pytania, wiedzieć czego się szuka.

Jednak muszę powiedzieć, że takie romantyczne podejście do pracy naukowej, kiedy zapał do nauki kosztem zdrowia i niepotrzebnie marnowanych wysiłków przezwycięża niewygody materialne, dziś nam nie wystarcza. A jeżeli i zgodzimy się na romantyzm, to innego rodzaju, wypływający z ducha czasu, jaki przeżywamy, romantyzm solidarnego, zorganizowanego wysiłku zbiorowego, który także może być źródłem natchnienia i ofiarności.

Przecież praca naukowa jest skomplikowanym procesem obejmującym całe zbiorowiska ludzi w ich różnorodnych czynnościach, jest właściwie funkcjonowaniem dużej machiny, w pracy której należy uwzględnić i części składowe, wydajność pracy i materiał, jaki ma podlegać przeróbce. Czy nie jest wobec tego właściwe potraktowanie zagadnienia rozwoju polskiej myśli psychiatrycznej, jako zagadnienia niepodzielnego, rozproszone wysiłki ludzi pracujących w tym kierunku ująć w jedną całość i podejść do wszystkich klinik i zakładów psychiatrycznych jako do jednego, wspólnego warsztatu pracy. A wówczas wysuwanie zagadnień do opracowania, kierowanie ludzi do pracy, uzupełnianie przyrządów i książek, stosowanie metod, kontrola pracy — wszystko to nie byłoby rzeczą przypadku, lecz wynikiem naturalnego, organicznego procesu pracy.

Przypuszczam, iż założenia te zaczęłyby przybierać realne kształty z chwilą powołania do życia dwojakiego rodzaju organizacji: 1 — Psychiatrycznej Rady Naukowej, której głównym zadaniem byłaby czynność koordynacyjna, 2 — zespołów pracowników naukowych w zakładach psychiatrycznych, które byłyby właściwymi wykonawcami. Psychiatryczna Rada Naukowa, wcielałaby w życie postulaty wysunięte przez *Borowieckiego*, koordynowała i kontrolowała całokształt pracy naukowej. Zespoły zakładowe, prócz bieżącej pracy naukowej, urządzałyby zebrania, na których

wygłaszane byłyby referaty, omawiane zagadnienia związane z pracą oraz zbierane materiały do przedstawienia Psychiatrycznej Radzie Naukowej Zakłady psychiatryczne włączone przez swoje zespoły w proces zorganizawanej pracy naukowej mogłyby spełnić dwa doniosłe zadania; 1 — przekształcenia wewnętrznego oblicza samego szpitala, przez podniesienie poziomu naukowego pracy lekarskiej, 2 — prowadzenia systematycznej, równoległej, długodystansowej obserwacji faktów, jakich dostarcza prosektorium oraz oddział szpitalny badania płynów i tkanek ustrojowych.

Zagadnienie organizacji pracy naukowej, obejmującej wszystkie kliniki i zakłady psychiatryczne, opracowywanie tematów przez zespoły pracowników, nie jest kwestią innowacji, która może być albo nie być wprowadzona, lecz jest absolutną koniecznością dla wszystkich, którzy pragną przyczynić do tego, ażeby na zgliszczach, jakie pozostawiła nam wojna, został zbudowany gmach Psychiatrii Polskiej.

BRONISŁAW KOSTKIEWICZ

OSIĄGNIĘCIA PSYCHIATRII RADZIECKIEJ*)
(1917 r. — 1946 r).

Kultura Socjalistyczna Związku Radzieckiego wchłonęła wszystko to, co było najlepsze w ogólnej wszechświatowej skarbnicy kulturalnej, przekształciła te zdobycze i stworzyła własne, odrębne wzory w dziedzinie nauki i sztuki.

W dziedzinie psychiatrii obserwujemy swoistość rozwoju radzieckiej nauki, jej śmiałość w poszukiwaniu nowych dróg oraz ścisłą łączność z życiem.

Aby sobie jasno zdać sprawę z istotnej wartości osiągnięć radzieckiej psychiatrii, należy w krótkim zarysie scharakteryzować stan tego działu medycyny w Rosji przedrewolucyjnej. Rozwój rosyjskiej psychiatrii przed rewolucją w znacznym stopniu uzależniony był od poziomu zachodnio-europejskiej nauki o chorobach umysłowych i na tym tle winien być rozpatrywany. Jej głównym zadaniem była opieka nad upośledzonymi umysłowo i odseparowanie ich od społeczeństwa. Tak pojęte zadanie psychiatrii sięgało rodowodem swym czasów średniowiecza, kiedy to umysłowo chorych uważano za dotkniętych karą boską i trzymano ich w okropnych warunkach w zakładach specjalnych, które bardziej były podobne do więzienia niż do szpitala, gdzie o leczeniu nie mogło być mowy. Zakłady dla umysłowo chorych były cmentarzem myśli ludzkiej, a lekarze grabarzami. Psychiatria jako nauka nie istniała.

W drugiej połowie osiemnastego wieku nastąpił jednak pewien zwrot w ustosunkowaniu się do chorych umysłowo. W okresie tym medycyna

*) Według referatu wygłoszonego na Zjeździe Psychiatrów Polskich w Łodzi w maju 1947 r.

poszczycić się już może szeregiem wybitnych psychiatrów, jak: *Kraepelin, Bleuler, Jaspers* i inni. Psychiatria ustala własne podstawy teoretyczne i jako nauka wchodzi w skład ogólnego systemu naukowego.

„Wariat" zaczyna być traktowany jako chory, którego przede wszystkim należy zbadać. Powstają pierwsze kliniczne historie chorób, które w Rosji noszą nazwę „żałosnej karty chorych" (Skorbnyj list). Na podstawie obcerwacji chorych gromadzone są liczne materiały. Robione są próby klasyfikacji umysłowo chorych, studiowane są nie tylko objawy, lecz również dynamika przebiegu choroby oraz jej etiologia.

* *
*

Jeśli chodzi o psychiatrię rosyjską, to również stwierdzić możemy, że druga połowa dziewiętnastego wieku wykazała już tam wielkie osiągnięcia w tej dziedzinie nauki. Wystarczy wymienić takie nazwiska, jak: *Baliński, Mierzejewski, Korsakow, Bechterew, Kandyński* i inni. *S. Korsakow* zorganizował w 1887 r. w Moskwie wzorową klinikę psychiatryczną, a działalność jego obejmowała nie tylko dziedzinę praktyczną, lecz nosiła też charakter naukowy wysokiej klasy. W całym świecie naukowym np. powszechnie jest znana tak zwana „psychoza Korsakowa".

Do rozwoju psychiatrii rosyjskiej w dużej mierze przyczynili się *Baliński* i *Mierzejewski*, z pochodzenia Polacy. W dowód uznania dla ich wysoce pożytecznej działalności, wystawiono im pomnik w Leningradzie, wówczas jeszcze Petersburgu, z napisem „Twórcom psychiatrii rosyjskiej". Zdobycze tego okresu zostały w dużej mierze unicestwione przez reakcję polityczno-społeczną, która zapanowała po rewolucji w 1905 roku. Wiele katedr psychiatrii wówczas zlikwidowano, poziom istniejących szpitali obniżał się coraz bardziej, a i tak niedostateczne lecznictwo pozazakładowe *de facto* przestało istnieć. Lata rewolucji oraz trudności i zamęt, jakie powstały w tym okresie, dokonały ostatecznego spustoszenia wśród istniejącej sieci zakładów psychiatrycznych.

Młoda władza radziecka zmuszona była rozpocząć budowę na ruinach niemal od podstaw. Ochrona zdrowia mas ludowych stała się zagadnieniem naczelnym. Całokształt spraw związanych z opieką nad zdrowiem stał się jednym z najważniejszych zagadnień porewolucyjnego okresu. Jednocześnie wielką uwagę zwrócono na zagadnienie niesienia ludności pomocy psychiatrycznej.

Działalność służby zdrowia w dziedzinie opieki nad zdrowiem psychicznym ludności rozwinęła się w dwóch kierunkach: z jednej strony w kierunku rozszerzenia i podniesienia poziomu zakładów leczniczych zamkniętych, z drugiej — rozbudowania nowej sieci placówek, które

miały udzielać ludności pomocy otwartej pozazakładowej i miały dotrzeć do szerokich mas pracujących. Osiągnięcia psychiatrii radzieckiej charakteryzują następujące liczby:

(*Karanowicz** w 1945 roku).

Rozwój zamkniętej pomocy psychiatrycznej (szpitale, lecznice).

Liczba łóżek wg danych:

Karanowicza	Gilarowskiego
1913 r. — 27.000	1913 r. — 27.000
1923 r. — 11.351	1921 r. — 10.000
1940 r. — 50.000	1929 r. — 30.593
	1932 r. — 34.098

Obok wzrostu liczby łóżek, szpitale zmieniły się i jakościowo, co widoczne jest przede wszystkim ze składu chorych, podstawowy kontyngent tworzą „wypadki świeże o ostrych zaburzeniach". Dla przewlekle chorych powstają odpowiednie kolonie.

Jednocześnie powołano do życia szereg nowych placówek zróżnicowanych i dostosowanych do rodzaju choroby, a mianowicie: (rok 1940)

1. Zakłady dla nerwowo i psychicznie chorych
2. Oddziały dla nerwowo i psychicznie chorych oraz gabinety w ogólnych zakładach
3. a) Sanatoria dla chorych z objawami, zbliżonymi do chorób psychicznych,
   b) Sanatoria dla psycho-neurotyków,
   c) Zakłady dla chorych na padaczkę,
   d) Zakłady dla dzieci niedorozwiniętych umysłowo,
4. Polikliniczna pomoc w ambulatoriach
5. Szpitale dzienne
6. Punkty rejonowych psychiatrów.

Do punktu 1 i 2 podaję dwie cyfry, mówiące same za siebie, jeśli chodzi o liczbę nowych placówek. Zakładów dla nerwowo i psychicznie chorych powstało w tym okresie 42, a oddziałów dla nerwowo i psychicznie chorych oraz gabinetów w ogólnych zakładach 510.

Dużą rolę zaczęli odgrywać psychiatrzy rejonowi. Odwiedzając chorych w ich mieszkaniach, rejonowi psychiatrzy mieli możność przeprowa-

*) Uwaga: Z pracy tej korzystałem w tym okresie, kiedy nie była ona jeszcze wydana.

dzać badania środowisk i obserwacje, a następnie mogli wywierać wpływ na zmianę niewłaściwych warunków bytowania. Należy podkreślić, że wymienione zakłady uruchomiono nie tylko w wielkich centralnych ośrodkach, lecz powstały one na całym obszarze państwa.

Ogółem frekwencja w wyżej wymienionych zakładach tylko w R.S.F.S.R. wynosiła w r. 1940 — 2.772.000 pacjentów.

Nowe zarządzenia miały na celu:

a) zbliżyć lekarza psychiatrę do ludności, b) ujawnić w należytym czasie przypadki ostre, c) postawić wczesne rozpoznanie choroby, d) podnieść poziom pracy sanitarno-profilaktycznej.

Dzięki wymienionym reformom zmienił się stosunek ludności do szpitali psychiatrycznych i sanatoriów, zwiększyła się liczba, osób ubiegających się o poradę psychiatryczną. W zakładach i poradniach wprowadzono wielostronne badania chorych, zorganizowano laboratoria diagnostyczne.

Według danych *G. Karanowicza* na dzień 1 stycznia 1941 roku R.S.F.S.R. posiadała przy klinikach psychiatrycznych:

1) Laboratoriów rozpoznawczych	—	57
2) „ biochemicznych	—	23
3) „ histopatologicznych	—	29
4) „ serologicznych	—	12
5) Prosektoriów	—	38
6) Gabinetów fizykoterapii	—	55
7) Zakładów rentgenologicznych	—	22

W ten sposób realizowana jest ścisła łączność pomiędzy psychiatrią a medycyną ogólną. Psychiatria wstąpiła na drogę ścisłego naukowego rozwoju, zachowując swoje specyficzne oblicze jako nauka o chorobach umysłowych.

Zwiększone wymagania w sprawie zorganizowania psychiatrycznej pomocy dla chórych stworzyły konieczność zwrócenia uwagi na personel lekarski, zarówno pod względem zwiększenia jego stanu liczbowego, jak również podniesienia kwalifikacji i poziomu naukowego.

Planowo przystąpiono do szkolenia nowych, licznych zespołów lekarskich oraz pomocniczego personelu lekarskiego. Starsi lekarze powołani zostali na kursy dokształcające. Powstały nowe katedry w wyższych zakładach naukowych, organizuje się instytut psychiatryczny im. Kraemera w Moskwie i instytut im. Bechterewa w Leningradzie. Dla pomocniczego

personelu lekarskiego zorganizowano „Technicum medyczne", specjalne studia oraz kursy przy dużych szpitalach psychiatrycznych.

Doniosłe znaczenie w dziedzinie podniesienia kwalifikacji lekarzy miało zorganizowanie w Moskwie Centralnego Instytutu Udoskonalenia Lekarzy. Lekarze wszystkich specjalności, między innymi i psychiatrzy, obowiązani są po odbyciu pięcioletniej praktyki do przesłuchania w tym instytucie kursu dokształcającego, kończącego się egzaminem. Lekarze przyjeżdżają do instytutu ze wszystkich stron obszaru ZSRR. Otrzymują tam utrzymanie, mają wspólne bursy, jadalnie, korzystają z bogatej biblioteki itp. oraz otrzymują stypendia, niezależnie od których pobierają normalne wynagrodzenie w swych warsztatach pracy. Kierownikiem katedry psychiatrycznej jest znany i ceniony psychiatra Profesor *M. J. Serejski*. Najlepsi profesorowie (*Serejski*, *Szmarjan*, *Sniesarow* i inni) oraz asystenci i docenci klinik moskiewskich wykładają w tym instytucie i kierują ćwiczeniami praktycznymi.

* *
*

O rozwoju stanu liczbowego personelu lekarskiego, zatrudnionego w szpitalach psychiatrycznych, posiadamy następujące dane:

Liczba lekarzy psychiatrów w R. S. F. S. R.

1916 r.	356 lekarzy
1941 r.	1.556 lekarzy

Cyfry te są wymowne, a co więcej wciąż rosną.

W wyniku zwiększenia liczby lekarzy w najlepszych szpitalach psychiatrycznych Związku Radzieckiego na jednego lekarza przypada obecnie 25 chorych. Poza lekarzami w szpitalach psychiatrycznych R.S.F.S.R. zatrudnionych było na dzień 1 stycznia 1941 r. — 6.744 pracowników pomocniczego personelu lekarskiego.

Rosyjska psychiatria przed rewolucją miała słynnych uczonych, jak *Serbski*, *Korsakow*, *Bechterew*, lecz pomimo to odczuwał się tam brak oryginalnej szkoły teoretycznej. Psychiatrzy rosyjscy zbyt zależni byli od koncepcji uczonych zachodnio-europejskich oraz ich idealistyczno-psychologicznych teorii.

Badania kliniczne odbywały się według ustalonego systemu psychopatologicznych objawów, dla których nie usiłowano znaleźć teoretyczno-społecznego wytłumaczenia. Psychiatria była jedynym odłamem medycyny, który nie stawiał sobie zadania leczenia chorych. Czas, obserwacja, psychoterapia, środki nasenne — to były wówczas prawie jedyne metody leczenia umysłowo chorych.

Dopiero psychiatria radziecka wprowadziła wiele radykalnych zmian w traktowaniu chorych i wykazała potężny rozkwit własnej myśli naukowej.

Należy podkreślić, że nauka radziecka podążająca za prądami zachodnimi przełamywała je przez swój pryzmat i nadawała im indywidualne piętno społeczno-przyrodniczego podejścia. Występuje tendencja oderwania psychiatrii od filozofii idealistycznej i znalezienia dla niej naukowych podstaw materialistycznych. Młoda psychiatria radziecka stanęła wobec konieczności przezwyciężenia szeregu błędnych, krańcowych upodobań w kierunku biologicznym oraz mechanistycznym. Psychiatria radziecka odrzuciła idealistyczną szkołę *Freuda*, w której psychologiczne nadbudowy oraz psychologiczne przeżycia jednostki traktowane były wyłącznie jako elementarne przejawy instynktów biologicznych. Radziecka psychiatria nie przypisuje takiej roli mechanizmom freudowskim, jak czynią to uczniowie *Freuda*, widzi ona przede wszystkim w człowieku członka społeczności, związanego mocnymi więzami z tą społecznością i warunkami, w jakich przebywa, a freudyzm jest objawem kryzysu psychologii i psychopatologii mieszczańskiej, wyrazem zainteresowania dla koncepcji idealistycznych, dla mistyki.

Okazało się również, że szkoła *Adlera* w warunkach Związku Radzieckiego nie może mieć zastosowania, ponieważ społeczno-ekonomiczne warunki życia w Związku Radzieckim unicestwiają kompleksy szkoły *Adlera*.

Natomiast wielkie osiągnięcia szkoły fizjologicznej członka Akademii *Pawłowa* okazały się bardzo nęcące jako podstawa materialistycznie pojmowanej psychiatrii. Następuje jednak chwila nadmiernego upodobania w refleksologii, a skomplikowane sprawy życia duchowego i ich przemiany niektórzy psychiatrzy zaczynają tłumaczyć, jako mechaniczny splot warunkowych i bezwarunkowych odruchów, przy czym w tym ostatnim przypadku ginie granica pomiędzy skomplikowaną i zróżnicowaną psychiczną strukturą człowieka a prymitywną zwierzęcia *(Uchmatow)*. Przesadne uleganie wpływom refleksologii doprowadziło do zmechanizowanego materializmu i szeregu błędnych wniosków. Refleksologiczny kierunek został jednak przez psychiatrów radzieckich opanowany, po pewnym jednak okresie entuzjazmu zdali oni sobie sprawę ze zbyt zmechanizowanej treści tego kierunku.

Tym niemniej nauka *Pawłowa* o hamowaniu i pobudzaniu odegrała dużą rolę w tłumaczeniu mechanizmów powstawania zjawisk psychotycznych.

Niewyczerpane źródło dla materialistycznie myślących psychiatrów radzieckich stanowią badania *Pawłowa* nad fizjologią mózgu.

Jak wiadomo, *Pawłow* przez szereg lat pracował nad zagadnieniem katatonii i stworzył koncepcję o pobudzaniu i hamowaniu ośrodków mózgowych. Nauka *Pawłowa* wniosła dużo nowego i dopomogła zrozumieć takie zjawiska, jak sen i stan czuwania, patofilzjologię napadu epileptycznego, mechanizmy powstawania psychoz itp.

W ostatnich latach toruje sobie drogę coraz więcej szkoła neurologiczna psychiatrii.

Opiera się ona na tak zwanej mikrosymptomatyce, a więc drobnych odchyleniach ze strony systemu nerwowego, przeważnie ruchowych i wegetatywnych, na zapoczątkowanym jeszcze przez *Bechterewa* bardzo szczegółowym i subtelnym opukiwaniu i osłuchiwaniu czaszki, co ma dopomóc w lokalizacji procesu chorobowego. Należy zaznaczyć, że zainteresowanie dla tego kierunku w psychiatrii wykazują ostatnio również naukowcy amerykańscy, którzy, podobnie jak autorzy radzieccy, znajdują przewagę symptomatyki lewostronnej w psychozach.

Psychiatria radziecka uległa również pewnym wpływom teorii *Kretchmera*, lecz w szybkim czasie, wykorzystując jedynie dodatnie cechy jego nauki, odrzuciła jego podstawę biologiczną, uważając, że o życiu psychicznym człowieka nie mogą decydować tylko wrodzone cechy dziedziczne. Innymi słowy nie uznała wrodzonych cech dziedzicznych za decydujące w strukturze psychicznej jednostki. W teorii *Kretschmera* poddawano również krytyce jego wnioski odnośnie braku granicy między psychiką zdrowego i chorego człowieka. *Kretschmer* np. nie uznawał jakościowych różnic pomiędzy głęboką schizoidalną psychopatią a początkami procesów schizofrenicznych. *Kretschmer* daleki byl od teorii dialektycznego rozwoju i pojmował rozwój, jako wzrost ilościowy bez zmian jakościowych. Nie pojmował przejścia ilości w jakość — ta teza była mu obcą.

W pierwszych etapach rozwoju psychiatrii radzieckiej zbyt szeroko stosowano rozpoznanie schizofrenii. Bezkrytycznie stawiano diagnozę „miękkiej" schizofrenii i w rezultacie u większości psychopatów stwierdzano schizofrenię. Nie brano pod uwagę, że „miękka" schizofrenia jest także procesem schizofrenicznym. Zbyt szerokie diagnozowanie schizofrenii znalazlo swoje odbicie w próbach oderwania się przy ustalaniu subtelnych psychopatologicznych zespołów od nozologicznej teorii *Kraepelina* i w dążeniu w kierunku syndromologicznym, oddalając się tym samym od etiologicznej klasyfikacji chorób psychicznych. Ten kierunek w psychiatrii

radzieckiej, idealistyczny co do swej treści, okazał się nieżyciowy z punktu widzenia praktycznego.

Od roku 1936 psychiatria radziecka wkracza na drogę rozwoju twórczych teorii o podstawach materialistycznych i one to zapewniają jej postęp naukowy oraz umożliwiają osiągnięcie nowego, wyższego poziomu w pracy leczniczo-psychiatrycznej.

W roku 1938 zorganizowany zostaje w Moskwie Instytut Psychiatryczny, który podejmuje prace badawcze nad rozwiązaniem najważniejszych zagadnień psychiatrycznych. Psychiatria nawiązuje współpracę z przedstawicielami wszystkich odłamów medycyny. Powstaje metoda zbiorowego badania chorego. Zasadą jest stosowanie wszystkich rodzajów badań, począwszy od fizykalnego, neurologicznego, biochemicznego, otolaryngologicznego aż do eksperymentalno-psychologicznego. W dużym stopniu wykorzystywane są metody dokładnego psychiatrycznego badania przy zastosowaniu najnowszych osiągnięć z dziedziny anatomii, fizjologii, biochemii oraz fizjologii systemu nerwowego.

Jeszcze w latach 20-tych XX wieku impulsem, który skierował psychiatrię na drogę aktywnej metody leczniczej, była terapia porażenia postępującego. Najnowsze metody aktywnej terapii okazały się realnym i skutecznym środkiem powrotu pacjentów do szeregów ludzi zdrowych.

Zarówno w klinikach moskiewskich, jak i w szpitalach dla psychicznie chorych na dalekich krańcach Związku Radzieckiego, wprowadzono aktywne metody leczenia umysłowo chorych i postawiono na wysokim poziomie terapię przez stosowanie pracy fizycznej, co przyczyniło się do spotęgowania dodatnich skutków aktywnego oddziaływania na organizm chorego.

Stosowane są: insulino-terapia, terapia wstrząsowa, elektrowstrząsowa, kamforowa, korozolowa (kardiazolowa), siarkowa, terapia przedłużonym snem, mieszanką *Klodta* itd.

W tym miejscu należy wspomnieć o filmie opracowanym na Klinice im. Gannuszkina w Moskwie, poświęconym terapii insuliną oraz cennej pracy *Rotsztejna* pod tytułem „Drgawkowa terapia schizofrenii".

Wszystkie wyżej wymienione metody leczenia są obecnie stosowane w każdym przeciętnym szpitalu psychiatrycznym. Najbardziej aktywnym propagatorem współczesnych metod leczenia jest prof. *M. Serejski*, kierownik katedry psychiatrii w Centralnym Instytucie Udoskonalenia Lekarzy.

Skuteczność nowych metod lecznictwa oraz ich realne wyniki przyczyniły się do podniesienia autorytetu lekarza psychiatry, jednocześnie dały impuls do pogłębienia teoretycznych badań nad etiologią i przebiegiem

chorób. Czynne sposoby leczenia nie tylko zostały wprowadzone do terapii, lecz na podstawie subtelnych oraz dokładnych spostrzeżeń w czasie procesu leczenia, psychiatrzy radzieccy dążą do ustalenia teorii naukowych w tej dziedzinie. Metody te stosowane są w ZSRR nie tylko w przypadkach schizofrenii, lecz i w wielu innych chorobach np. w psychozie maniakalno-depresyjnej, psychozie inwolucyjnej itp.

W Związku Radzieckim teoria ściśle wiąże się z praktyką, dzięki czemu wyniki rozwoju pracy leczniczej są imponujące. W r. 1939 wśród wypisanych chorych:

a)	Odzyskało całkowitą zdolność do pracy	42,2%	chorych
b)	„ częściową zdolność do pracy	38 %	„
c)	utraciło zdolność do pracy	19,8%	„

Psychiatria radziecka opracowała dostateczną ilość kryteriów dla ułatwienia subtelnej diagnostyki przy schizofrenii jako procesie i schizofrenicznym zespole w innych organicznych schorzeniach, dzięki czemu ograniczono i zwężono diagnozowanie schizofrenii.

Wiele szkół radzieckich w ogóle nie uznaje schizofrenii za jednostkę nozologiczną, rzadko też na takiej klinice znajdziemy to rozpoznanie. W zasadzie rozbijają to pojęcie na następujące jednostki chorobowe: 1) psychozę epileptyczną (*Kahlbaum*, opisując katatonię u wielu ze swoich pacjentów, notuje napady drgawkowe w wywiadzie, lub stanie przedmiotowym chorego), 2) psychozę egzogeniczną, 3) psychozę organiczną *sensu stricta*.

* *
*

Problem traumatycznych uszkodzeń mózgu został szczegółowo i bardzo wnikliwie opracowany w ZSRR. Tej dziedzinie poświęcono wiele dzieł zbiorowych oraz konferencji. Opracowana została klasyfikacja zespołów urazowych i pourazowych psychoz.

Działalność szeregu wybitnych psychiatrów radzieckich w związku z kierunkami ich pracy zasługuje na pobieżne choćby omówienie. Dużą wydajnością odznacza się szkoła prof. *Górewicza* i *Szmarjana*, zmierzająca do opracowania ogólnego cerebropatologicznego podejścia w odniesieniu do wszystkich zaburzeń psychicznych. Pojedyńcze, wyłącznie psychopatologiczne zespoły, oderwane poprzednio od podłoża fizjologicznego, znajdują obecnie materialistyczne wytłumaczenie. Takie objawy z psychosensorycznych zaburzeń, jak depersonalizacja, derealizacja i inne tracą swój wyraźny charakter psychologiczny i są następstwem schorzenia, lub urazu mózgu z określoną lokalizacją (urazy płata skroniowego *zona interparie-*

talis według *Szmarjana*). Subtelne badania zaburzeń psychosenzorycznych umożliwiają prof. *Górewiczowi* ustalenie na podstawie psychopatologicznych objawów, pozbawionych wszelkich oznak neurologicznych — organicznej choroby mózgu oraz lokalizację jej przeważnie w płacie ciemieniowym. Inaczej mówiąc, tu gdzie neurolog jeszcze nie widzi objawów, psychiatra już rozpoznaje poważne zmiany w centralnym układzie nerwowym i może je lokalizować. Skrupulatne badania anatomopatologiczne, studiowanie związku przejawów psychicznych z ich podłożem fizjologicznym, zaczęły odgrywać coraz większą rolę w teoretycznych koncepcjach współczesnych psychiatrów. Najwybitniejszy anatomopatolog prof. *Sniesarew* opublikował szereg wartościowych prac, dotyczących histologicznych zmian mózgu w chorobach psychicznych o rozmaitej etiologii.

Prof. *Górewicz* opracował zagadnienie lokalizacji zmian psychosensorycznych drogą wnikliwych i bardzo ciekawych badań histologicznych. Stosował je także prof. *W. Gilarowski*, najwybitniejszy klinicysta radziecki, autor znanych podręczników psychiatrii. Prof. *Gilarowski* swoją owocną pracą w znacznym stopniu przyczynił się do rozwoju klinicznej myśli. W jego klinice w szerokim zakresie stosowane były aktywne metody leczenia, prowadzone szczegółowe obserwacje kliniczne oraz badania laboratoryjne, dotyczące wpływu czynnika leczniczego na psychicznie chorych w celu stwierdzenia istoty podstawowego schorzenia.

Ciekawe są prace prof. *Rawkina* w dziedzinie studiów nad psychozami. Badania te mają duże znaczenie dla odgraniczenia w strukturze psychozy tła egzogenicznego od endogenicznego. Badania prof. *R. Gollanta* z Leningradu w dziedzinie organicznych chorób mózgu, oparte na współczesnych osiągnięciach psychiatrii i przy wykorzystaniu metod eksperymentalno-psychologicznych, wnoszą dużo nowego. Należy zaznaczyć, że metody eksperymentalno-psychologiczne mają szerokie zastosowanie w wielu klinikach oraz szpitalach i sprzyjają wyjaśnieniu związku objawów z przyczyną choroby, a także pomagają przy różniczkowaniu rozpoznania. W każdej klinice psychiatrycznej i większym szpitalu jest etat psychologa.

W dziedzinie eksperymentalnej patopsychologii ciekawe są prace *G. Birenbauma*, *Zaigarnika* i innych, poświęcone zagadnieniom organicznej demencji i innych patopsychologicznym objawom z punktu widzenia związku pomiędzy intelektualnymi, a afektywnymi zaburzeniami. Wielką wartość stanowią również eksperymentalno - psychologiczne badania w przypadkach zlokalizowanych urazów mózgu, które pomagają do rozwiązania najbardziej powikłanych zagadnień w problemie lokalizacyjnym (*Lurja:* badania afazji i innych zaburzeń).

Znany klinicysta — psychiatra prof. Gamnuszkin w wydanej w roku 1939 monografii o psychopatii (wydanie pośmiertne), przedstawił ciekawe teoretyczne podstawy odnośnie dynamiki i statyki psychopatii i jej rozwoju.

* * *

Miernikiem bujnego rozkwitu myśli naukowej w dziedzinie psychiatrii są liczne zjazdy i konferencje, poświęcone opracowaniu zasadniczych zagadnień psychiatrii radzieckiej oraz obfitość literatury, jak: czasopisma, monografie itp.

Prócz dwóch wszechzwiązkowych zjazdów w latach 1936 i 1941, odbyła się spora ilość narad, sesji oraz konferencji, zarówno w centrum kraju, jak i na jego krańcach. W ostatnich latach odbyły się konferencje w sprawach urazowych uszkodzeń systemu nerwowego, w Moskwie i Leningradzie konferencje na temat zakażeń układu nerwowego w Moskwie, wszechukraiński zjazd oraz konferencja na temat epilepsji w Moskwie i Ufie, konferencja o zagadnieniach lokalizacji w Moskwie itp. Należy również wymienić odbytą sesję jubileuszową z okazji 175-lecia istnienia I-go Moskiewskiego Instytutu Medycznego, 50-lecia Szpitala Psychiatrycznego im. Korsakowa oraz dużą liczbę konferencji odbytych w sprawach organizacyjnych. Wszystkie zjazdy oraz konferencje psychiatrów odbywały się wspólnie z neurologami.

* * *

Jeśli chodzi o liczbę opublikowanych prac, nie sposób w ramach niniejszego artykułu przedstawić choćby przybliżonego ich spisu. Artykuł prof. *T. Judina* w czasopiśmie „Psychoneurologia radziecka zawiera wykaz prac, wydanych w Związku Radzieckim w okresie do 1937 r. na temat schizofrenii, epilepsji, psychozy infekcyjnej oraz toksycznej, porażenia postępującego, psychopatii itp. Należy również podkreślić znaczną ilość wydanych podręczników psychiatrii, jak podręczniki prof. *Gilarowskiego*, prof. *Osipowa, Górewicza i Serejskego*, specjalny podręcznik prof. *Górewicza* pt. „Psychopatologia wieku dziecięcego", podręcznik psychoneurologii *T. Simsona* i inne, jak cenny podręcznik *Serejskiego* „Nowe drogi rozpoznania i leczenia padaczki" oraz jedyna w liteaturze psychiatrycznej książka *W. Choroszki* „Nauka o neurozach."

Należy dodać, iż wprawdzie Moskwa przoduje w myśli psychiatrycznej, tym niemniej można wyodrębnić kilka innych szkół, jak Leningradzką, Kijowską, Charkowską, Odeską itp.

* * *

Psychiatria dziecięca w Związku Radzieckim również wykazuje duży rozwój. Przed rewolucją październikową nie była ona wyeliminowana z ogólnej dziedziny psychiatrii i jako zagadnienie odrębne nie istniała. Przeprowadzane były jedynie indywidualne badania w tej dziedzinie (*Rossolimo*, *Kaszczenko*, *Prysman* i inni). Można twierdzić, że psychiatria dziecięca jest dzieckiem rewolucji październikowej, a zapoczątkowanie jej jest wynikiem tej wielkiej troski i opieki, jaką otoczone jest dziecko w Związku Radzieckim „Dzieci — nasza przyszłość" — takie było hasło Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Oświaty. Wobec tego troska o niesienie dzieciom pomocy psychoneurologicznej stała się zadaniem psychiatrii. Powstała gęsta sieć zakładów dla dzieci anormalnych, psychicznie lub nerwowo chorych. Psychiatria dziecięca początkowo odseparowała się od psychiatrii ogólnej. Był to jakby protest przeciwko mechanicznemu stosowaniu wobec dzieci umysłowo chorych doświadczeń klinicznych, uzyskanych w psychiatrii ogólnej. Jednak po pewnym czasie okazało się, że psychiatrii dziecięcej nie można całkowicie odłączyć od ogólnej, że stosowanie naukowych osiągnięć i zdobyczy ogólnej psychiatrii do dziecięcej jest nieodzowne, ale należy przy tym zawsze mieć na uwadze właściwości wieku dziecięcego. U dzieci konstatujemy nie tylko defekty nie ulegające zmianom, lecz widzimy też, że istnieją jakieś wewnętrzne dane dla dalszego rozwoju choroby, czy zdolności kompensacyjnych zachowanych aparatów, jak w dojrzałym organiźmie.

Opracowano nowe formy pomocy w poradniach, gdzie przede wszystkim badane są pograniczne formy schorzeń. Następnie zaczynają nabierać większego znaczenia zagadnienia naukowe z dziedziny chorób infekcyjnych (*encephalitis*, *chorea*, *lues*) i stany pograniczne. Doniosłe prace badawcze w dziedzinie dziecięcej psychiatrii podjęła szkoła prof. *Sucharewoj*, która z wyjątkową subtelnością, na podstawie bogatych doświadczeń klinicznych oraz z zastosowaniem teoretycznych osiągnięć współczesnej psychiatrii opracowuje podstawowe zagadnienia psychiatrii dziecięcej, tak z punktu widzenia lecznictwa praktycznego jak i z punktu widzenia teoretycznego. Szczególnie ciekawe są badania szkoły *Sucharewoj* w dziedzinie klasyfikacji oraz teorii schizofrenii dziecięcej

Prof. *Simson* prowadzi ciekawe badania z dziedziny psychiatrii dziecięcej w wieku przedszkolnym .

* *
*

P s y c h i a t r i a s ą d o w a w Związku Radzieckim znajduje się na wysokim poziomie; na podkreślenie zasługuje ekspertyza sądowo-lekarska. Istniejący w Moskwie specjalny sądowo-psychiatryczny Instytut im. *Sebr-*

skiego prowadzi prace naukowo-badawcze. Do Instytutu tego skierowywane są najbardziej zawikłane i trudne wypadki sądowo-lekarskie z całego Związku Radzieckiego. Sądowa psychiatria jest to specjalność w specjalności. Szereg wydanych przez Instytut przeglądów świadczy, że pracownicy tego Zakładu, mimo, że zajmują się specyficznymi zagadnieniami psychiatrii sądowej, wnoszą jednak bardzo czynny wkład naukowy do rozwiązywania czołowych zagadnień psychiatrii ogólnej.

Radziecka psychiatria sądowa zasługuje właściwie na omówienie jej w oddzielnej pracy. Radzieckie władze sądowo-śledcze są niezwykle czujne na tym punkcie, by nie zastosowano „środków obrony społecznej" o charakterze sądowo-poznawczym w stosunku do osób, które popełniły przestępstwo w stanie przewlekłej choroby umysłowej, albo okresowego zaburzenia czynności psychicznej, lub też w innym stanie chorobowym, jeżeli osoby te nie zdawały sobie sprawy ze swoich czynów, jak również w stosunku do osób, które chociaż popełniły przestępstwo w stanie równowagi psychicznej, jednak przed ogłoszeniem wyroku zachorowały na chorobę umysłową. W stosunku do tych osób mogą być zastosowane jedynie „środki społecznej obrony" o charakterze leczniczym. (Działanie tego paragrafu nie rozciąga się na osoby, które popełniły przestępstwo w stanie opilstwa § 11 K. K.).

Paragraf 11 K. K. uwzględnia kryterium lekarskie (rozpoznanie choroby) i psychologiczne (zrozumienie czynu i kierowanie nim), co dotychczas jeszcze nie we wszystkich krajach jest uwzględniane.

Radziecką ekspertyzę psychiatryczną cechują następujące momenty:

1 Specyficzna organizacja. Obwodowy biegły psychiatra sądowy jest urzędnikiem służby zdrowia, niezależnym ani służbowo, ani materialnie od władz sądowo-śledczych, ani od oskarżonego,

2) Zastosowanie wobec przestępców, uznanych za niepoczytalnych, wyłącznie środków o charakterze leczniczym.

3) Tak oskarżyciel, jak i oskarżony oraz jego obrońca i rodzina mogą starać się o przeprowadzenie ekspertyzy. Podejrzany o chorobę umysłową może być skierowany na badanie we wszystkich etapach procesu sądowo-śledczego, a więc rozpoczynając od milicji, a kończąc na miejscu odsiadywania wyroku.

4) Ekspertyzę przeprowadza się komisyjnie, z szerokim zastosowaniem obserwacji stacjonarnej.

Biegły ma prawo żądać zapoznania go z materiałami śledztwa, ma prawo być obecnym na rozprawie sądowej itp.

Chociaż orzeczenie biegłego nie jest dla sędziego obowiązujące, to jednak w wypadku niezgadzania się z nim musi sędzia swoje stanowisko pisemnie uzasadnić.

W orzecznictwie sądowo-lekarskim w Związku Radzieckim nie uznaje się „zmniejszonej poczytalności" (artykuł 18 polskiego K. K.).

* * *

Psychiatria radziecka w okresie wojny doskonale spełniła swoje zadanie, mimo braku lekarzy i wielu innych trudności, wynikających z tego okresu.

O ile na ogół olbrzymie są zasługi całego personelu lekarskiego w niesieniu pomocy rannym żołnierzom, to udział psychiatrów i neurologów w im właściwej dziedzinie jest niemniej pokaźny. Szpitale psychiatryczne oraz kliniki prowadziły nadal swoje prace w dziedzine lecznictwa oraz prac naukowych, nie zniżając osiągniętego poziomu, wydawały przeglądy o treści naukowo- praktycznej, pogłębiały swoje badania, przeważnie w dziedzinie zagadnień, związanych ze skutkami wojny.

Stwierdzić możemy, że psychiatria radziecka nie została zaskoczona specyficznymi zadaniami pomocy neurologicznej w związku z okresem wojennym. Już przedtem w ciągu szeregu lat psychiatria radziecka opracowała zagadnienia traumatycznych uszkodzeń mózgu i osiągnęła olbrzymie postępy w dziedzinie mózgowej neurochirurgii (czlonek Akademii *Burdenko).* Dzięki temu jeszcze w okresie przedwojennym, w pracy pokojowej stworzona została podstawa teoretyczna, która dała możność niesienia wysoce wykwalifikowanej pomocy w wypadkach poranienia czaszki.

W okresie wojennym zorganizowała szeroką sieć neuropsychiatrycznej pracy konsultatywnej w szpitalach ewakuacyjnych, w specjalnych szpitalach neuropsychiatrycznych oraz ich oddziałach, gdzie odbywała się kuracja rannych i kontuzjowanych chorych, dzięki czemu 78 — 80% pacjentów powracało do szeregów armii walczącej.

Wśród żołnierzy Armii Czerwonej skonstatowano gwałtowny spadek psychozy endogenicznej, co było wynikiem starannego, skrupulatnego segregowania poborowych oraz ogólnego polepszenia stanu zdrowotnego wśród młodzieży radzieckiej.

Psychozy, wywołane przez przeżycia wojenne, wysunęły szereg zagadnień teoretycznych, którymi zajęły się specjalne konferencje. Na specjalną uwagę zasługuje konferencja Centralnego Instytutu Psychiatrycznego, odbyta w dniach 30.5 — 1.6.1942 r. w Moskwie.

Psychiatria wojenna opracowała całokształt bardzo ciekawego schematu psychoneurologicznego, klinicznego badania rannego żołnierza. Istnieją ciekawe prace z dziedziny leczenia w urazowych uszkodzeniach mózgu, w szczególności stosowanie encephalografii jako metody przy leczeniu chorób, spowodowanych kontuzją (*Rawkin, Gołodec, Szpac, Gejnisman*). Dużo badań poświęcono zagadnieniu zróżniczkowania czynników psychogenicznych od organicznych przy zaburzeniach postkomocyjnych oraz spowodowanych kontuzją.

Dokonano kilku prac specjalnych z dziedziny badań głuchoniemoty, spowodowanej kontuzją (*Perleman i Zejgarnik*).

Podstawowe osiągnięcia psychiatrii radzieckiej w dziedzinie traumatycznych uszkodzeń mózgu znalazły swe odzwierciedlenie w nowej, specjalnej monografii prof. *Górewicza* o urazach mózgu. Warto nadmienić, że radzieccy psychiatrzy jedni z pierwszych zastosowali w nerwicach kontuzyjnych (głuchota, niemota, głuchoniemota) terapię wstrząsową.

Istnieje dużo ciekawych prac, dotyczących chorób z okresu wojennego o pochodzeniu somatogenicznym z rozróżnieniem paranoidów wojennych od zachorowań z przyczyn endogenicznych. Łączność pomiędzy psychiatrią a neurochirurgią, a także neuropatologią nabiera coraz większego i specjalnego znaczenia (Klinika W. I. E. M. — Wyższy Instytut Eksperymentalnej Medycyny — poświęcona specjalnie temu zagadnieniu) oraz sprzyja zarówno lecznictwu, jak i teoretycznym uogólnieniom w zakresie tych wszystkich zaburzeń środkowego układu nerwowego, które zostały spowodowane przez wojnę.

Mimo okropności wojny oraz ciężkich psychogenicznych zaburzeń wskutek traumatycznych uszkodzeń, liczba psychicznie chorych w Z.S.R.R. w okresie wojny nie uległa zwiększeniu. Tendencja ku zmniejszeniu neuropsychicznych zachorowań, którą stwierdzono w latach rozbudowy przedwojennej, trwa nadal. Świadczą o tym dobitnie ciekawe cyfry procentowego zestawienia różnego rodzaju zachorowań w Armii Czerwonej w okresie przedwojennym oraz w czasie wojny (wg danych *Karanowicza*):

	1940 r.	1943 r.
Histeria, nerwice	14,3%	12,3%
Psychoza alkoholowa	8,3%	0,7%
Psychoza maniakalno-depresyjna	0,8%	0,6%

Rozwój psychozy na skutek uszkodzeń traumatycznych nieco się zwiększa.

W tym czasie w Niemczech ilość neuropsychicznych zachorowań powiększyła się o 40 % w porównaniu z okresem przedwojennym.

Niesposób w jednym krótkim artykule przedstawić wszystkie osiągnięcia psychiatrii radzieckiej. Podkreśliłem jedynie podstawowe jej momenty oraz scharakteryzowałem drogowskazy, jakimi kieruje się nauka psychiatrii w Związku Radzieckim i jakie wypływają stąd wskazania praktyczne dla psychiatrów polskich.

Będę jednak uważał zadania moje za spełnione, jeżeli artykuł ten przyczyni się w pewnym stopniu do zbliżenia myśli naukowej w dziedzinie psychiatrii naszej z radziecką, a *eo ipso* i do zacieśnienia więzów przyjaźni między naszymi narodami.

Październik — listopad 1945 r.
Moskwa — Warszawa

HELENA KRUSZEWSKA-FLATAUOWA

PSYCHIATRIA RADZIECKA

Okres największej z wojen ze wszystkimi cierpieniami zarówno żołnierza jak i ludności cywilnej, niezmiernie wzbogacił doświadczenia lekarzy radzieckich, z którego, co najważniejsze, potrafili wyciągnąć wnioski praktyczne z jednej strony, a z drugiej strony oprzeć się na przesłankach empirycznych.

Czym się zajmuje i czym się interesuje najbardziej współczesna psychiatria radziecka?

Nawiązując do doświadczeń profesora *Miczurina*, *Serejski* rewiduje swoje poprzednie poglądy na egzogenne i endogenne przyczyny chorób psychicznych. Uważając *Kraepelina* za twórcę nowoczesnej psychiatrii, krytykuje szkołę niemiecką z *Kraepelinem* i *Bonhoefferem* na czele, twierdząc, że *Kraepelin* w dzisiejszych czasach niewątpliwie sam skorygowałby swoje stare poglądy; *Kraepelin* był pierwszym, który stworzył pojęcie egzogenej psychozy specyficznej, tj. uważał, że czynnk egzogenny, jak morfina itp. wywołuje swoisty odczyn psychiczny. W 1928 roku, tj. w 30 lat później *Bonhoeffer* stwierdza, że czynnik zewnętrzy bez względu na swój charakter, wywołuje z reguły, ograniczone do 5 postaci, typy reakcji, tj. wprowadza prawo egzogennego typu reakcji.

Gurewicz i *Serejski* wprowadzili pojęcie egzocerebralnego czynnika, tj. czynnika działającego poprzez narząd a nie bezpośrednio na mózg, wreszcie, obalając teorię *Bonhoeffera*, dowodząc, że nie ma ostrej granicy między psychozami wywołanymi przez czynniki enzo- czy endogenne, że obraz psychozy zależy wyłącznie od długotrwałości działania czynnika szkodliwego, a więc ostre działanie czynnika szkodliwego wywołuje obrazy opisywane przez *Bonhoeffera*, a chronicznie działające — psychozy o typie endo-

gennym (Świadomość przy egzogennych czynnikach — zaburzona, przy endogennych — zachowana).

Nie trzeba wielu domysłów, czy też usilnych starań ze strony referenta, żeby rozwiązać przypuszczenia, że psychiatria radziecka, nie będąc oderwana od życia, mocno stojąc na gruncie dialektyki materialistycznej — odrzuca wszystko co niejasne, mgliste, niedomówione, niepewne, niesprawdzone eksperymentem.

W wywodach *Freuda* i jego uczniów uczeni radzieccy widzą metafizyczno-idealistyczne koncepcje, w żadnym wypadku nie wypływające z empirri i choć psychoanaliza dostarczyła interesującego materiału klinicznego np. o popędach, wprowadziła terminologię, która zdobyła sobie prawo obywatelstwa. Jako całość metoda psychoanalityczna jest nie uznawana.

Psychiatria to jest nauka ścisła, wywodząca się doświadczeń laboratoryjnych, szukająca sprawdzianów na stole anatomicznym, czy w gabinecie fizjologicznym. Dzisiejsza psychatria radziecka szuka lokalizacji w subtelnej budowie cytoarchitektonicznej półkul mózgowych. Współpraca najwybitniejszych psychiatrów z instytutami neuro-chirurgicznymi sprawia, że objawy psychiczne obserwowane w przebiegu choroby przez psychiatrię zostają lokalizowane dzięki znalezionym ogniskom. Tak naprzykład „burza ruchowa", kiedy zmiany czucia przestrzennego powodują, że wydaje się, że osoby znajdujące się w pokoju przenikają przez ściany, same ściany się rozsuwają, rozszerzają, padają; ten osobliwy stan psychiczny *Szmarian* wiąże z ogniskami okolicy *tegmentum pontis* itp.

Znakomitą podporą w kształtowaniu się i ugruntowaniu poglądów na schizofrenię są doświadczenia *Pawłowa* na układzie nerwowym i wyprowadzane stąd wnioski.

Na zasadzie eksperymentu fizjologicznego *Pawłow* patrzy na działalność układu nerwowego jako na rezultat pobudzania i hamowania tego układu według następujących praw:

1) im układ jest bardziej pełnowartościowy, tym walka jest większa.

2) im bardziej pełnowartościowy — tym bardziej stały,

3) im bardziej pełnowartościowy — tym lepsze przystosowanie się do warunków zewnętrznych.

Prawa rządzące chorą komórką nerwową są wg *Pawlowa* następujące:

1) faza wyrównywująca: przy rówej sile pobudzania — efekt jednakowy.

2) faza paradoksalna: słabe podrażnienie — efekt silny.

3) faza ultra paradoksalna: na podrażnienie dodatnie — efekt ujemny,

4) faza hipnotyczna: podrażnienie — brak efektu, lub bardzo słaby przy czym:

a) przy nadmiarze podrażnień — organizm broni się nie odpowiadając,

b) nie koncentruje podrażnień.

Należy tu wspomnieć, że *Protopopow*, łącząc naukę *Pawłowa* i *Bechterewa*, wskazuje jeszcze na odruchy obronne, motoryczne, które są niedostateczne w schizofenii, odruchy obronne, jako odruchy warunkowe; bezwarunkowe — też są niedostateczne.

Ostatecznie wg Pawłowa pojęcie fizjologiczne schizofenii jest to stan chronicznej hipnozy, remisja, kiedy stan hipnozy rozrywa się.

Katotonia wg niego jest ochronnym hamowaniem komórki nerwowej. Dalsze hamowanie nie tylko chroni komórkę, ale odradza ją. Zniszczona komórka powoduje nieodwracalność procesu, dlatego wobec powyższego *Pawłow* traktuje terapię senną jako znakomty środek w schizofrenii i katatonii.

Jeszcze w czasie trwania działań wojennych, zaraz po ich ustaniu, a i obecnie psychiatrzy radzieccy zaczęli zastanawiać się nad objawami psychicznymi, występującymi u osobników przeważnie młodych, do lat 25, choć nierzadko obserwowano je u ludzi po czterdziestce. Pacjenci tacy skarżą się na zwiększone rozdrażnienie, wyczerpanie większe niż w rekonwalescencji, pobudliwość sprowadzającą wszystko do łez, społecznie są obniżeni, nie mogą pracować, każdy i wszystko wypowadza ich z równowagi, źle, niespokojnie śpią, niekiedy miewają napady przypominające epilepsję, lub prawdziwie padaczkowe.

Już w roku 1944, na ogólnym zjeździe psychiatrów ZSRR — *Gurewicz* wysunął i uzasadnił zjawisko występowania późnych psychoz u traumatyków pod wpływem drobnych niekiedy czynników egzogennych lub urazów natury psychicznej. Takie stany psychotyczne są na ogół krótkotrwałe, niekiedy remitujące, w dalszym przebiegu nie prowadzą do inwalidztwa w całym znaczeniu tego słowa. Jedynie w specjalnie ciężkich przypadkach cofanie się objawów chorobowych jest tak nieznaczne, ustalanie się objawów tak trwałe, że prowadzi do stanu psychotycznego, powodującego przejście chorego do kategorii inwalidztwa ostatecznego.

Szereg obserwacji poczynionych na chorych oraz doświadczenia teoretyczne pozwoliły wreszcie dać jasną i pełną patoplastykę samego cierpienia, momentów wywołująych terapię oraz prognozę.

Jeżeli przed Rewolucją i po niej na objawy pourazowe patrzono jak na histerię, dziś wszyscy zgodni są co do tego, że czynnik egzogeniczny wywołuje objawy astenii, względnie encephalopatii.

Istnieją teoretyczne prace *Beritowa* i *Strielcowej*, mianowicie zakładano materiał wybuchowy i badano zwierzęta, z których znajdujące się bliżej wybuchu ginęły, znajdujące się zać trochę dalej żyły i u tych znajdowano wylewy krwawe w mózgu, narządach, *plexus solaris;* psy, które miały odruchy warunkowe — traciły je. W tej wojnie stwierdzono, że w walkach, gdzie była skoncentrowana duża ilość artylerii i min, liczby kontuzji wielokrotnie przewyższały liczby, gdzie tej broni nie było. To samo odnosi się do bomb lotniczych; doświadczenie nauczyło także, że gdzie pocisk rozrywał się na małe kawałki — kontuzji było mniej, jeżeli fala powietrza była większa — kontuzji było więcej. Stwierdzono dalej, że ciśnienie narasta zygzakowato od 0 do 70 atmosfer, czyli że w momencie kontuzji działa baro-uraz.

Z opowiadań ofiar wiadomo, że świadomość traci się nagle, nim następuje wybuch. Czuje się nagle uderzenie w tył głowy, jakby piłką footbalową i człowiek pada, tracąc przytomność. Zjawia się potem męczący szum w głowie, który utrzymuje się około 24 godzin. Po odzyskaniu świadomości chorzy nie wiedzą gdzie się znajdują, próbują wstać, chcą iść dalej na linię ognia. Dziwaczność zachowania uderza zwłaszcza u tych którzy głuchną, poruszają się jak ogłuszeni, pokładają się w miejscach, gdzie istnieje niebezpieczeństwo największe, układają się w najniewygodniejszych pozach. Co do dalszego przebiegu, wszyscy zgodnie stwierdzają, że kontuzje dają objawy astenii, którym towarzyszą hiperpatie, więc tacy chorzy pierwszy tydzień — 10 dni, są mało ruchliwi, milczący, każdy dźwięk, i światło pogarsza ich stan, leżą spokojnie z oczyma otwartymi, źle zasypiają, mało śpią, skarżą się na brak apetytu, suchość w ustach, pot grubymi kroplami zbiera się na twarzy, wyraźny dermografizm. Obserwujemy u nich psychiczne objawy mantyzmu, tj. stale widzą, pomimo woli, jasne obrazy związane z walką, niekiedy dochodzi do wizualizacji w głowie nieustanny potok myśli, ogólny stan bardzo ciężki, wszystko znoszą źle, mówią, że lepsza jest ciężka rana niż kontuzja. Ten stan trwa przy ciężkich urazach od paru dni do miesiąca. W większości, 60 — 80% stan ten przechodzi w astenię, niekiedy w ciężkich przypadkach, zwłaszcza u młodych ludzi do lat 25, występuje *euphoria* z brakiem hamulców, gadatliwością, niezdyscyplinowaniem, niedocenianiem swego stanu. Twarz hiperemiczna, oczy błyszczą, ogólny stan jak w odurzeniu, gestykulacja wzmożona, jeden podobny do drugiego; zjawia się jąkanie na miejsce głuchoty i niemoty. Taki stan, w którym chorzy, bez zdawania sobie sprawy jasno ze swych możliwości, często próbują uciekać ze szpitala, trwa kilka tygodni, niekiedy miesiące i zwolna przechodzi w astenię. U ludzi po 40 roku życia stan niepokoju zastę-

puje stan depresyjny lub depresyjno-lękowy. Objawy adynamii ze zmiananami wegetatywnymi; brak stolców, objawy *asthma-bronchiale*, zwiększa się pobudliwość; nie mogą patrzeć na poruszające się przedmioty, np. ruchomy pociąg — odrazu dostają zawrotów głowy. Zmiany te zwiększają się wieczorami. Potem długotrwały stan asteniczny, który wreszcie mija. Odtąd podobni chorzy są w stanie równowagi chwiejnej. Jeżeli wracają do wojska, to pierwszy strzał może wywołać: 1) stan podobny do pierwszej adynamii, 2) astenię, 3) napady drgawkowe, 4) jąkanie. Takie same nawroty wywołują choroby zakaźne, jak angina, grypa itp., trzeba więc traktować te nawroty jak reakcję somatogenną. Potwierdzeniem tego tłumaczenia są doświadczenia *Pawlowa*, który pierwszy doświadczalnie wywołał nerwice. Okazało się, że jeśli pies był chory cieleśnie, nerwica występowała szybciej i trwała dłużej. To znaczy, że stan cieleśnie patologiczny zmienia grunt, organizm przestaje być pełnowartościowy.

Także *Zyslin* klinicznie stwierdził, że reakcja paranoidalna występuje szybciej przy zmęczeniu fizycznym i nazwał to organiczną zmianą gruntu. Sperański wywołał dermatozy, działając na układ sympatyczny, później, wypompowując i wpompowując płyn mózgordzeniowy, wywoływał nawrót, to znaczy zwiększenie się dermatozy; dowiódł więc, że proces patologiczny zjawia się po niespecyficznym czynniku szkodliwym i dawał nawrót ze strony układu wegetatywnego. Z objawów dodatkowych w stadium adynamii początkowej stwierdza się: wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, który wypływa fontanną, ilość białka zmniejszona, pleocytoza 0 — 2, w moczu erytrocyty, ciśnienie obniżone, w ogóle hipotonia, która utrzymuje się lata całe. Wypuszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego pomaga. Występują nierówne źrenice, niekiedy asymetria twarzy. Bóle głowy, ciężki, męczący szum w głowie, chorzy źle znoszą ciepło, słońce, — co zresztą pozostaje; pogarszanie się stanu przy zmianach pogody, przy obniżaniu się ciśnienia barometrycznego — jednym słowem — obraz porażenia zdolności adaptacyjnych systemu wegetatywnego. Cerebro - astenicy radzą sobie w życiu w zwykłych warunkach, encefalophaci nie mogą pracować na samodzielnych stanowiskach, zatracają się przy zwiększonych żądaniach, krąg zainteresowań zmniejsza się, najmniejsze odchylenie wyprowadza ich z równowagi.

Jeżeli *encephalopathia* jest zjawiskiem stałym, które polega na zmianach funkcji tkanki mózgowej, to *asthenia* jest objawem niestałym, występującym po zmęczeniu, bezsenności, odwracalna po wypoczynku; dlatego traumatykom niezbędny jest częsty wielorazowy w ciągu roku odpoczynek, który potrafi utrzymać ich chwiejną równowagę w stanie wyrównanym.

Nieco inny, dokonany przez *Serejskiego* podział wielkiego działu psychoz, jakimi są schizofrenie, wydaje nam się, nie wnosi nic nowego do tej dziedziny.

Klasyfikacja epilepsji według *Serejskiego* jest ciekawa ze względu lokalizacji mózgowej. Serejski odróżnia epilepsję pod postacią napadów drgawkowych, uczuciowych, trzewiowych, wreszcie epilepsję pod postacią napadów psychicznych, takich, jak: 1) absence — utrata przytomności bez drgawek, lokalizacja: *pars frontalis*, 2) stany pomroczne, jak: a) somnambulizm, b) stan podobny do snu, c) zamroczenia deliryjne (*pars frontalis*); 3) tzw. stany osobliwe — bez całkowitej utraty przytomności i bez poważniejszej amnezji; do tych należą: a) *dreamsteates*, b) *dejavue* — w polach 21, 22, c) przedłużający się stupor — środkowa i dolna część płatu czołowego, d) mantyzm, bezkierunkowe natrętne myślenie — część czołowa tylna, przednia motoryczna, e) endogene zmiany nastroju, jak *dysphoria*, ekstaza, 4) stany urojeniowe z tendencją do stanów chronicznych.

Dokładne opracowanie i lokalizacja tych stanów daje przykład zbliżenia się psychiatrii do organiki i szukania w korze mózgowej klawiszy, którym ściśle odpowiada wszelki objaw psychiczny.

Nestor dzisiejszych psychiatrów sowieckich, sędziwy prof. *Gilarowski* dużo pracy, uwagi i zainteresowania poświęcił psychopatii, jej dynamice, patoplastyce, wreszcie podziałowi; obserwując psychopatę, dostrzega w jego życiu psychicznym: a) fazę lub epizod, b) szok, c) reakcję lub rozwój psychopatyczny. Indywidua takie w życiu codziennym różnią się znacznie od otoczenia, łatwo popadają w konflikty; w szpitalach dla psychicznie chorych nie mniej różnią się od zwykłych mieszkańców tych zakładów. Jeśli niemieccy uczeni, jak *Kaepelin*, *Otto Kant*, *Schneider* i inni widzą w psychopatii zwolna rozwijający się proces chorobowy, doprowadzający ostatecznie do częściowego infantylizmu woli i uczuć — sowiecka nauka, wyliczając przyczyny ogólne, mogące wpływać na formowanie się osobowości niepełnowartościowej, jak intoksykacje, infekcje, to jednak najważniejszy czynnik, kształtujący psychopatę, upatrują we wpływach otoczenia najbliższego oraz środowiska społecznego w najszerszym tego słowa znaczeniu, albowiem środowisko potrzebne jest dla tworzenia się duchowego oblicza człowieka tak, jak powietrze dla fizycznego jego istnienia. Środowisko może się stać dla jednostki źródłem jego zachwytu, z niego czerpie swe radości i zmartwienia, w nim znajduje zalążek późniejszych konfliktów, wpływ wreszcie otoczenia, taki lub inny — często ma decydujące znaczenie, dla chwiejnych, pozbawionych woli astenicznych indywiduów, których

kształtuje ostatecznie; nie mniej ważne znaczenie dla formującego się osobnika stanowi właściwy dobór zajęcia: albo obrany zawód daje jednostce równowagę i wewnętrzną harmonię, albo stanowi może jedno z ognisk w ogólnym splocie przyczyn, które składają się na jednostkę niezrównoważoną niepełnowartościową. Podział *Reinchardta* na neuropatów. tzn. osobników dotkniętych brakiem równowagi i odchyleniami w sferze charakteru, temperamentu, czy usposobienia — nie ostał się. Czynnik szkodliwy właśnie poprzez aparat dokrewny, czy układ roślinny podziałać może na charakter, czy temperament człowieka. Czynniki wywołujące reakcje psychogenne mogą dotykać nie całej psychiki osobnika, a wybiórczo jednej z jego dziedzin. Z tej racji *Krasnuszkin* dzieli reakcje psychogenne na trzy grupy:

1) reakcja osobowości głębinowej — szok ośrodków wegetatywnych bez dostatecznie zrozumiałego związku z momentem wywołującym,
2) reakcja histeryczna, kiedy szok wywołuje zmiany w archaicznych pokładach życia psychicznego.
3) reakcje charakterologiczne, które formę swą i treść czerpią z najwyższych pięter psychiki osobowości.

Osobnik może rozwijać się nieprawidłowo lub też podlegać procesowi patologicznemu, różnica jest w gruncie rzeczy umowna, choć w pierwszym przypadku możemy mówić o jakichś okresowych zmianach w układzie nerwowym centralnym, stąd nieprawidłowości w układzie endokrynologicznym, podczas gdy proces polega na utrwalaniu funkcjonalnych nieprawidłości w granicach normalnego aparatu mózgowego.

Prof. *Szmarian* i jego szkoła badają psychozy na tle organicznym. Od 15 lat opracowują temat o związku patologii ogólnej z psychiatrią. Wg. poglądów *Szmariana* dla powstania psychozy potrzebne są 3) czynniki: 1) porażenie systemu nerwowego w całości lub ogniskowo, 2) czynnik ogólno-mózgowy, jako odpowiedź nerwu na podrażnienie lokalne, np. obrzęk mózgu, zahamowanie lub podrażnienie, wg. nomenklatury *Pawłowa* — czynniki neurodynamiczne, 3) czynnik ogólno-patologiczny, więc czynnik szkodliwy, działający przez krew lub limfę na mózg jako czynnik somatyczny, bądź w równej mierze czynnik psychogenny — współistnienie wszystkich 3 czynników warunkuje powstawanie psychozy. Obserwując duży materiał kliniczny psychoz na tle naczyniowym szkoła *Szmariana* bada stosunek ciśnienia tętniczego do żylnego, żylnego do wewnątrz czaszkowego. Stwierdzono po pierwsze, że zmiany ciśnienia tętniczego nie mają wpływu na ciśnienie śródczaszkowe. Norma ciśnienia żylnego 40—120—150 mm

roztworu fizjologicznego. Po drugie *Szmarian* wypowiada się za tym, że najcięższa forma psychozy występuje w wypadkach dysproporcji pomiędzy ciśnieniem tętniczym a żylnym. Wszyscy zgodni są co do tego, że nie ma psychoz wojennych — psychoplastyka jest tylko różna.

Zwiększona ilość psychoz reaktywnych zmusiła uczonych radzieckich do zastanowienia się, czy reakcje psychotyczne występować mogą u zdrowych ludzi. Doświadczenie *Serejskiego* stwierdza, że złe warunki bytu lub też wyniszczenie fizyczne sprzyjają wystąpieniu objawów reaktywnych. Astenia, jako pozostałość przeżyć psychicznych, charakteryzująca się zwiększoną pobudliwością, bezsennością, brakiem pamięci, niemożnością skupienia się, szeregiem skarg cielesnych, jak nieustępujące bóle głowy, pocenie się, bicie serca, drzenie rąk, itp, które *Gilarowski* dowcipnie określa, jako demobilizację nerwową — występuje właśnie dopiero w warunkach dobrych.

Terapia

Preparaty barbiturowe, ich pochodne, kombinowane z bromem - dilantiną — przy padaczce, terapia drgawkowa za pomocą środków wewnętrznych farmakologicznych lub szokowa — insuliną, elektrowstrząsowa wreszcie, należą do arsenału dobrze nam znanych środków tzw. czynnej terapii stosowanej i przez psychiatrów sowieckich.

Insulinoterapię uważa się wśród psychiatrów sowieckich za lek z wyboru przy schizofrenii i dlatego chory po przybyciu do szpitala poddawany bywa z reguły insulinoterapii bez uciekania się do innych metod aktywnej terapii. Klinika prof. *Serejskiego*, rozważając przypadki, które prognostycznie rokują nadzieję na wyzdrowienie, zalicza do bezwzględnie dobrych:

a) zespoły ostre paranoidalne,
b) zespoły halucynacyjne paranoidalne,
c) zespoły katatoniczne ze stanami oneroidalnymi, wreszcie
d) zespoły katatoniczno-paranoidalne z halucynacjami.

W szpitalu im. Gannudina stosują metodę powolnego podwyższania dawek, poczynając od 4 jednostek, podwyższając o 4 jednostki dziennie; doświadczenie wykazało, że jeżeli w klasycznej metodzie *Sachsa* stan śpiączkowy otrzymywano średnio przy 80 jednostkach insuliny metodą powyższą, efekt śpiączkowy następuje już po 35 jednostkach. Badania *Serejskiego* wykazały niedokrwienie tkanki mózgowej i obniżenie jej przemiany podstawowej w czasie snu. Powyższe, wraz z następującym przekrwieniem, jest wg niego istotnym dla otrzymania efektu terapeutycznego.

Każdy przypadek kierowany do leczenia elektrowstrząsami bywa rów-

nież gruntownie przeanalizowany. Najlepsze wyniki dochodzące do 75% wyleczenia osiągają przy formie katatonicznej schizofrenii, jednak doświadczenie psychiatrów sowieckich poucza, że w wypadkach pustego stuporu, gdy sfera tendencyjności bywa całkowicie zahamowana — leczenie nie rokuje poprawy. W formie paranoidalnej, gdy urojenia bywają usystematyzowane — osiąga się jedynie czasowe zmniejszenie ich nasilenia.

Przy urojeniach niestałych, w tzw. napływającym chaosie urojeniowym niekiedy — wg *Serejskiego* — rezultaty są dodatnie. Proste formy i hebefrenie pozostają bez poprawy przy leczeniu elektrowstrząsowym. Najlepsze rezultaty otrzymuje się, jak wiadomo, w depresjach; gorsze — przy szybko zmieniających się stanach w psychozach maniakalno-depresyjnych. Wszelkie psychozy o egzegennym typie reakcji, psychozy inwolucyjne stanowią dalsze wskazania do elektroterapii. W padaczce stosuje się 1—2 wstrząsy. Jeżeli sam atak drgawkowy poprzedzany bywa okresem zmiany nastroju, wstrząsy wpływają tu uspakajająco na chorego. *Serejski* twierdzi, że mechanizm działania leczenia elektrowstrząsowego nie jest działaniem ogólnym somatycznym, lecz działaniem skierowanym przede wszystkim na centralny system nerwowy, ściślej mówiąc na okolicę 3 komory, a więc międzymózgowie. Świadczą o tym dane z okresu poprzedzającego wystąpienie fazy tonicznej, a więc zjawiska motoryczne, związane z zadrażnieniem ośrodków podkorowych: głowa często powoli skręca się w bok, na twarzy szereg grymasów atetotycznych, ręce wykonują skręty torsyjne. Samemu wstrząsowi towarzyszą zjawiska natury neuro-wegetatywnej, związane z podrażnieniem ośrodków układu roślinnego.

Takie ujęcie pozwala zrozumieć pomyślne rezultaty terapii wstrząsowej w psychozach afektywnych o charakterze depresyjnym i adynamicznym, spowodowanych zmniejszoną czynnością ośrodków wegetatywnych. Być może brak dodatniego wyniku w wielu przypadkach schizofrenii należy tłumaczyć nadwrażliwością tychże ośrodków podkorowych. *Serejski* w ogóle uważa, że „wrotami wejścia" dla każdej aktywnej terapii w psychiatrii jest okolica *diencephalon*. Ciekawe wnioski swe opiera *Serejski* na interwencyjnym doświadczeniu: 6 osób poddano leczeniu wstrząsowemu, 6 osób o różnym rozpoznaniu klinicznym, jak: schizofrenia, psychoza okresowa, stan reaktywny, depresja inwolucyjna. We wszystkich jednak przypadkach struktura zespołu afektywnego była jednakowa (miała witalny charakter). Reakcja na szoki we wszystkich 6 przypadkach była ta sama, charakteryzowała się silnymi zaburzeniami wegetatywnymi, same szoki ze słabymi drgawkami — we wszystkich tych przypadkach osiągnięto znakomity wynik leczniczy.

W przypadkach stuporu katatonicznego należy podejrzewać pierwotne porażenie ośrodków podkorowych, które zupełnie niezdolne są do reakcji na elektrowstrząsy.

Serejski pierwszy, poza Szwajcarią, zaczął stosować leczenie snem przedłużonym. W 1934 roku, kiedy ogłosił swoje przypadki, otrzymał ciepły list od *Pawłowa*, zachęcający go do kontynuowania tej metody; 2 seriami w 1934 — 1936 roku i w roku 1937 — 1938 stosowano clotal jako środek nasenny. Poddano kuracji 100 chorych, przy czym w pierwszej grupie było 64 chorych, w drugiej 36 chorych. Z powodu złego stanu cielesnego przerwano narkozę kilku chorym. Dwa wypadki zakończyły się śmiertelnie.

O skuteczności leczenia miała decydować katamneza. Pierwsza katamneza dokonana w 1940-41 roku, ponowna — w 1947 r. Za całkowite leczenie uważano kurację: 6—10 dni snu, nieskończona 3—5 dni, przerwana 1—3 go przerwano narkozę kilku chorym. Dwa wypadki zakończyły się dni.

Z 68 chorych:

27 dało remisje typu A i B,

17 dało remisje typu C i D,

24 bez remisji — więc 66% dało remisje.

Za remisje typu A — uważa się zatrzymanie się procesu, całkowita odbudowa psychiki — bez defektu.

Za remisje typu B — zatrzymanie się procesu z pozostawieniem lekkiego defektu, który pozwala pracować.

Chorzy z grupy A i B powracają do pracy w wysoko kwalifikowanych zawodach.

Za remisje typu C — uważa się remisje z defektem znaczniejszym i aczkolwiek proces się zatrzymuje — chory nie wraca do swej specjalności.

Za remisje typu D — chorobowy proces zatrzymuje się na granicy, z poprawą, chorzy rzadko wracają do pracy.

Wreszcie ostatnia grupa — obejmuje chorych, gdzie leczenie nie dało żadnej poprawy, proces trwa.

Z grupy A i B — 6 chorych poszło dobrowolnie do armii, co świadczy o zupełnym ich zdrowiu, 3 z nich zginęło. Pozostali z grupy A i B pracowali na odpowiedzialnych stanowiskach 12—16 lat co praktycznie równa się wyleczeniu.

Z grupy C i D chorzy dali dobre remisje bez recydyw — pracują nie na kierowniczych stanowiskach; A i B zaś — nawet na kierowniczych.

Z powyższych 49 chorych — 3 uległo ponownemu nawrotowi choroby, wszyscy jednak przez wiele lat byli praktycznie zdrowi, jeden cierpiał na schizofrenię, drugi leczony był w 4 epizodzie chorobowym — wyszedł z defektem już po pierwszym zachorowaniu, przy 4 leczony snem przedłużonym, w dalszym ciągu swego życia przebył jeszcze 3 epizody chorobowe, z czego autorzy wnoszą, że recydywy po leczeniu snem przedłużonym zjawiają u chorych, którzy im podlegali przedtym. Autorzy zdają sobie sprawę z tego, że wszystkie dane powyższe mogą mieć znaczenie jedynie przez porównywanie z danymi otrzymanymi przy leczeniu elektrowstrząsowym, czy szokami insulinowymi. Jednak podkreślają z naciskiem, że dzięki leczeniu snem przedłużonym, 17 chorych praktycznie wyzdrowiało, a 17 znacznie się poprawiło. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w wyleczeniu o typie A i B zdolności pacjenta i wyższy poziom wykształcenia odgrywają pewną sprzyjającą rolę. *Serejski* na ogół uważa leczenie snem przedłużonym za najbardziej efektowne.

Okres narkozy składa się z 2 faz:

I) 1—2 dni lekkie podniecenie, z podnieceniem erotycznym, mowa spontaniczna;

II) sen głęboki 1—2 dni z objawami encephalopatii, jak: niedowład mięśni, gałek ocznych, otłuszczenie twarzy, drgawki. Po obudzeniu objawy podobne do poinfekcyjnych, jak: uczucie głodu, drżenie rąk, pocenie się, zawroty głowy oraz objawy psychiczne, jak oderwane halucynacje, niekiedy nawet stupor katatoniczny trwający chwile. Wraz z poprawą fizyczną ustępują objawy psychiczne.

Autorzy twierdzą, że im głębszy sen i większy rozstrój przy przebudzeniu, tym lepsza remisja, co jest ważne dla prognozy.

Leczeniem długotrwałym snem zainteresowały się inne działy medycyny; czynione są próby leczenia nadciśnienia, bólów piekących, wrzodu goleni i wrzodu żołądka. Rezultatów nie należy przeceniać, w każdym razie jest to metoda leczenia, z którą w Związku Radzieckim wiążą duże nadzieje.

Wreszcie nie możemy nie wspomnieć o burzy rozpętanej rewelacjami profesora *Łysienki* na sierpniowym posiedzeniu. Akademii Nauk. Wg. słów *Anochina* — ucznia *Pawłowa* — *Pawłow* mówił, że rutyna myślenia akademickiego, nauka oficjalnych wodzów, jak *Weismanna* i innych, zatrzymała rozwój nauki na wiele lat. Zasługą *Miczurina* i *Łysienki*, jest to, że doświadczenia laboratoryjne przenieśli w życie praktyczne. Genetyka współczesna twierdzi, że organizm, jako twór skomplikowany, według praw dziedziczności, rozwija się zawsze jako całość i według koncepcji *Weismanna, Mendla, Morgana* składa się z 2 substancji: 1) somy, 2) komórkowej plaz-

my zarodkowej, która to plazma a) decyduje o somie i b) nigdy się nie zmienia. Ta niezależność plazmy jest podstawą pojęć idealistycznych, które w rezultacie prowadzą do pojęcia ras ze wszystkimi konsekwencjami, wynikającymi z tego pojęcia. Otóż ta genetyka formalna, opierająca się na niezmienności i niezależności plazmy zarodkowej prowadzi do wniosku, że cokolwiek stałoby się z ciałem w życiu — nie odbija się na plaźmie zarodkowej, że doświadczenia ciała pozostają bez wpływu na potomstwo, nie są dziedziczone. Dalej, że mutacje zasadniczo są zawsze spontaniczne, przypadkowe, w konsekwencji prowadzą do typów pełno i niepełnowartościowych, do plazmy pełno i niepełnowartościowej, a dalej do panowania ras, do panowania człowieka nad człowiekiem. Koncepcja ta w sposób zawoalowany podawana przez genetyków radzieckich, uznawana była dotychczas za panującą, lekarze radzieccy wierni jej ulegali. Pojęcie niezmienności, fatalności świata, jest koncepcją tak samo nierealną, jak nieprawdziwe jest przypuszczenie o nieodwracalności właściwości. Jeżeli wyjdziemy z założenia niezmienności plazmy, to jak zrozumieć, że w poszczególnych chorobach nagle ta niezmienna plazma robi niewłaściwy skok i zmienia się złośliwie. Już Pawłow mówił o zmienności układu nerwowego od chwili urodzenia do końca życia; uważając typ nerwowy za zmienny, aktywnie działał na układ nerwowy — (stąd zmiana poglądów na nowotwory, tbc, hipertonię itp). Egzogeniczne podrażnienie zmienia komórkę już wykształconą — przechodzimy więc z pozycji biernej w czynną, wpływamy i oddziaływamy na procesy zachodzące w organiźmie. *Miczurin* mówił: „nie można oczekiwać dobrodziejstw od przyrody — musimy je sami brać.“ Najtęższe głowy świata lekarskiego przyznały się, że mało znały prawa rządzące rozwojem człowieka; medycyna nie miała koncepcji własnych dziedziczności i chorób, czy konstytucji, czy też inaczej o nawarstwianiu się chorób. Podstawy, na których opiera się nauka biologiczno-filozoficzna są: jedność — związek pomiędzy organizmem a środowiskiem, żywe przestaje być żywym, jeżeli mu zabrać przemianę materii, której soki czerpie ze środowiska — mówi *Gołoczan*. Przykłady w świecie roślinnym są bardzo proste: zwiększenie czy zmniejszenie temperatury zmienia typ, gatunek rośliny. Wpływ temperatury na zwierzęta nie jest tak prosty i bezpośredni, a więc zmiana temperatury nie wywołuje zmian bezpośrednich, zwierzę na początku broni się, dopiero, gdy nie ma ratunku aklimatyzuje się przez swój układ nerwowy, przez odruchy warunkowe, np.: wpływ temperatury na dojność krów daje się ująć w ten sposób: zmiana klimatu wywołuje zmiany w układzie nerwowym zwierzęcia, ten ostatni wpływa na podstawową przemianę materii, co

w rezultacie prowadzi do zmiany dojności. Drugim czynnikiem podstawowym jest przemiana materii, proces zasadniczy dla dziedziczności. Dziedziczność z tego punktu widzenia, jest to żądanie organizmu pewnych właściwości środowiska przez racjonowanie zasadniczych przemian. *Miczurin* chce podziałać na chemizm młodej komórki w stanie embrionalnym, kiedy można ją jeszcze zmieniać. Powstaje więc pytanie co zmieniać i na co wpływać — i to jest zadanie nowej nauki radzieckiej, ze szczególnym uwzględnieniem, że człowiek jest to twór bio - socjalny, którego nie można oderwać od środowiska i który musi być rozpatrywany jedynie w związku ze środowiskiem. Na Wszechrosyjskim Zjeździe Neurologów i Psychiatrów w listopadzie 1948 roku, gdzie głównym punktem obrad była rewizja dotychczasowych poglądów na genetykę, dziedziczenie, konstytucję i gdzie krystalizował się stosunek uczonych do nowych prądów w nauce *Astwacutorow, Gilarowski, Gurewicz, Szmarian, Serejski, Dawidenkow, Filipczenko, Kolcow* i inni brali udział w gorącej dyskusji, jaka się rozwinęła nad pasjonującym zagadnieniem. Poddano ostrej krytyce i samokrytyce stanowiska tych, którzy nie uwzględniali działania wpływów zewnętrznych na prawa rządzące dziedziczeniem; stwierdzono, że w nowym ujęciu, konstytucja uważana być musi za bezrozumną architekturę, fatalność w występowaniu chorób odpada, medycynę interesują jedynie siły obronne organizmu, dzialające poprzez jego układ nerwowy. Organizm sam ze środowiska wybiera sobie nowe cechy. Zmienność formy w związku ze środowiskiem — hasło rzucone przez biologów, zostało uznane i przyjęte przez inne gałęzie nauk, w tej liczbie i przez medycynę radziecką. Fatalność choroby w ujęciu *Kraepelina, Kreczmera* i ich naśladowców — ustępując nowej postawie, mianowicie: zmienności chorobowej pod wpływem środowiska.

W debatach, które trwały 3 dni z rzędu, *Gilarowski*, niejako w imieniu całej psychiatrii radzieckiej próbował tłumaczyć powody fałszywego stanowiska dotychczasowego w dziedzinie gentyki. Psychiatria, jako jeden z działów tylko bogatych nauk przyrodniczych, mówił *Gilarowski*, przyjęła bezkrytycznie tezy wysuwane przez biologię dotychczasową; trudno neurologowi, czy psychiatrze kontrolować, sprawdzać, czy powtarzać odkrycia i próby histologa, fizjologa, czy botanika. Przyjmując ich tezy jako pewnik — na pewnym etapie historii — popełnili błędy, jak w danym wypadku. Dzisiaj biologia radziecka, rozwijając nieustannie zasadnicze problemy nauki o żywym organizmie, zbierajac ogromne kolekcje przedstawicieli świata roślinnego i zwierzęcego w warunkach, możliwych jedynie w Związku Razieckim biologia radziecka stała się podstawą medycyny i nowego kierunku, który w nauce zatryumfuje. Na miejsce nauki dotychczasowej kra-

jów zachodnich, nauki o wielkiej przeszłości, niepewnej teraźniejszości i mrocznej przyszłości — nauka radziecka wkracza w epokę aktywnego optymizmu, medycyny optymistycznej, której zasadniczym hasłem jest zmienność pod wpływem środowiska.

Uczeni radzieccy rozpoczęli walkę ideologiczną w nauce, walka ta pozwoli przestroić pojęcia, nauki ścisłe i filozoficzne, przewrót dotyka nawet nauki o człowieku.

Uczeni radzieccy pragną, aby filozofia dialektycznego materializmu ciaśniej i konkretniej zespoliła się z twórcami i rozwijaną przez nich nauką.

Uczeni radzieccy dążą do tego, ażeby dialektyka materialistyczna, jako jedynie płodna metoda badania naukowego, szerokim frontem i całym zapasem niezbitej argumentacji weszła na forum międzynarodowe, nie lękając się krytyki i walki z innymi obcymi lub wrogimi pojęciami i argumentami.

LIDIA SEMBRATOWICZ-USZKIEWICZOWA

WRAŻENIA Z POBYTU W SZWECJI

W 1948 r. zostało mi przyznane stypendium Światowej Organizacji Zdrowia na 3 miesięczny pobyt w Szwecji, celem zapoznania się z metodą badania elektroencefalograficznego.

W Szwecji przybywałam od 11 maja do 5 sierpnia 1948 r. W ciągu 2 miesięcy pracowałam w laboratorium EEG. Kliniki Psychiatrycznej w Sztokholmie (Karolinska Sjukhuset, Psychiatriska Klinik), poza tym w ciągu 2 tygodni w Szpitalu Miejskim w Göteborgu (Sahlgrenska Sjukhuset), oraz 2 tygodnie w szpitalu dla dzieci w Sztokholmie (Kronprincessan Lowisa Sjukhuset) celem przynajmniej pobieżnego zapoznania się z badaniem EEG. u dzieci.

Mimo wysoko rozwiniętego przemysłu Szwedzi nie wyrabiają u siebie elektroencefalografów, lecz sprowadzają je z Danii i z Ameryki. U siebie skonstruowali tylko pierwszy i jedyny aparat w 1942 r., na którym zresztą pracowali w Klinice Psychiatrycznej w Sztokholmie do niedawna (wkrótce po moim wyjeździe miał być w klinice zainstalowany aparat f-my Grass, otrzymamy z Ameryki).

W okresie mojego pobytu były w Szwecji 4 laboratoria EEG.: 3 w Sztokholmie i 1 w Göteborgu; np. oddział neurochirurgii prof. *Olivecrona* nie miał jeszcze elektroencefalografu, chorych stamtąd przysyłano do badania do kliniki psychiatrycznej. W związku z tym Szwecja nie ma wielu specjalistów w dziedzinie EEG. Najlepszym z nich jest dr. *Torsten S. Son Frey*, który przez szereg lat pracował w klinice psychiatrycznej w Sztokholmie, ostatnio zaś w szpitalu Sahlgrenska w Göteborgu. Prowadził on głównie badania EEG. u epileptyków i 1946 r. wydał obszerną pracę pt. „Electroencephalographic Study of Neuropsychiatric Disorders". Obecnie prowadzi on badania nad dziećmi psychopatycznymi i trudnymi do wychowania.

Bjerner i *Steinnwall* w Szpitalu Karolinska w Sztokholmie przeprowadzają badania nad związkiem między aktywnością elektryczną mózgu a różnymi stanami i czynnościami fizjologicznymi jak np. związek pomiędzy czynnością alfa z jednej, a snem i szybkością tętna z drugiej strony. Przeprowadzają oni też badania nad wpływem środków farmakologicznych na czynność elektryczną mózgu.

Dr. *Melin* w szpitalu dziecięcym w Sztokholmie przeprowadza badania EEG. osób, które w ciągu ostatnich 10 lat przebywały w szpitalu z powodu padaczki, podejrzenia na padaczkę, konwulsji, zamroczeń.

Laboratoria EEG obsługują dane miasto a ponadto w dużej mierze prowincję. Nie wszyscy chorzy kliniki lub oddziału, gdzie znajduje się pracownia, są poddawani badaniu EEG, tylko ci, co do których przypuszcza się, że badanie to przyczyni się do ustalenia rozpoznania lub metody leczenia. Poza pracami naukowymi badanie EEG ma największe znaczenie praktyczne, a mianowicie diagnostyczne i lokalizacyjne w sprawach pourazowych, w przypadkach padaczki i nowotworów mózgu.

W ciągu 3 miesięcznego okresu można zapoznać się z metodą badania EEG. na tyle, by móc zacząć pracować w tej dziedzinie — należy jednak zaznaczyć, że potrzebne jest duże doświadczenie, ponieważ jest to do pewnego stopnia metoda subjektywna, bowiem elektroencefalogramy odczytuje się okiem, a szablonu jest tu niewiele chociażby dlatego, że każdy osobnik ma swój własny typ krzywej*).

Będąc w Szwecji starałam się zapoznać z tamtejszymi warunkami szpitalnictwa i lecznictwa psychiatrycznego. Danych liczbowych udzielił mi dr. *Gunnar Lundquist*, inspektor szpitali psychiatrycznych i zarazem naczelnik referatu do spraw psychiatrycznych w Urzędzie Zdrowia (Medicinal Styrelsen).

Szwecja ma 24 szpitale psychiatryczne państwowe — łącznie 22.000 łóżek, 3 szpitale komunalne — łącznie 5.000 łóżek, 10 zakładów dla alkoholików — łącznie 1.000 łóżek, razem 28.000 łóżek. Ponadto 3 kliniki uniwersyteckie — ok. 300 łóżek. Szwecja ma ok. 7 milionów mieszkańców, wobec czego na 1.000 mieszkańców przypada 4 łóżka psychiatryczne (przy ścisłym obliczaniu nieco więcej).

Kliniki szwedzkie nie przyjmują z zasady chorych z ciężkimi i ostrymi psychozami — leczy się tam wyłącznie przypadki psychonerwic, psychastenii, neurastenii, wyczerpania nerwowego, lekkie przypadki padaczki, lek-

*) Istnieją wprawdzie analizatory automatyczne ale stosunkowo nieliczne pracownie je posiadają.

kie lub początkowe przypadki schizophrenii. Wszystkie inne przypadki leczone są w szpitalach psychiatrycznych, tam też zapoznają się z nimi słuchacze medycyny.

Z klinik poznałam tylko klinikę w Sztokholmie. Ma ona około 100 łóżek (ponad 90) podzielona jest na połowę męską i żeńską. Każda połowa dzieli się na oddziały po 16 łóżek (segregacja chorych wg. stanu i sposobu leczenia). Kierownikiem kliniki jest prof. *Torsten Sjögren*. Są 2 kategorie lekarzy: starsi i młodsi (tak samo w klinikach i szpitalach), co odpowiada naszym starszym i młodszym asystentom, względnie ordynatorom i asystentom. Młodszy lekarz prowadzi jeden oddział kliniczny, starszy lekarz ma pod opieką dwa oddziały. Na oddziale jest 5—6 pielęgniarek i jedna posługaczka. Na klinikach pracują wyłącznie pielęgniarki z ukończoną szkołą pielęgniarską i częściowo praktykantki ze szkoły. (Kurs nauczania w szkole pielęgniarskiej trwa 3 i pół lat). W klinikach i szpitalach są tzw. oddziały prywatne dla prywatnych chorych kierownika*).

Klinika psychiatryczna w Sztokholmie jest nowa, pięknie urządzona i umeblowana, chorzy mają pokoje sypialne (2—4 łóżek), sale dziennego pobytu, jadalnie, pokoje z warsztatami pracy (tkackimi i stolarskimi), oszklone werandy. Krat nie ma. Klinika mieści się na wspólnym terenie wraz z innymi klinikami, bez żanego ogrodzenia.

Ponieważ prof. *Sjögren* jest genetykiem, w klinice pracuje 2 lekarzy, którzy zajmują się wyłącznie tylko badaniami z zakresu genetyki, ponadto opracowuje się zagadnienie alkoholizmu i sztucznych poronień w sensie psychiatryczno - społecznym. Pracownię EEG. prowadzi 2 lekarzy, którzy pracują też na oddziałach.

W miastach, oprócz klinik, niektóre szpitale mają oddziały psychiatryczne, np. Södersjukhuset w Sztokholmie i Sahlgrenska Sjukhuset w Göteborgu. Oddziały psychiatryczne w tych szpitalach mieszczą się na wspólnym terenie z innymi oddziałami. Oddział w Sztokholmie ma wszystkie przypadki, oddział w Göteborgu tylko przypadki lżejsze. Poza tym obydwa oddziały pod względem obsady lekarskiej i pielęgniarskiej oraz rodzaju pracy mają raczej charakter kliniczny. Są nowoczesne, dobrze wyposażone, mają liczne pracownie. Oddziały mają po kilkunastu chorych.

Co do dużych szpitali psychiatrycznych, to są one rozmieszczone mniej więcej równomiernie w całym kraju, za wyjątkiem dalekiej północy. Szpitale, jak mi mówiono, mają bardzo różny poziom, od takich, które mieszczą

*) Na oddziałach tych opłata jest wyższa, żywienie lepsze, urządzenie bardziej komfortowe.

się w starych budynkach poklasztornych do najbardziej nowoczesnych, doskonale wyposażonych. W Szwecji ilość lekarzy psychiatrów jest niedostateczna dlatego, że inne specjalności są bardziej dochodowe, zwłaszcza jeżeli weźmie się pod uwagę, że lecznictwo pozaszpitalne opiera się głównie na praktyce prywatnej, jak również dlatego, że szpitale psychiatryczne często są oddalone od większych centrów. W szpitalach psychiatrycznych ilość chorych, przypadających, na jednego lekarza wynosi przeciętnie 150. Również są trudności z personelem pomocniczym, na skutek czego zdarza się, że zamyka się oddziały z powodu braku personelu. Chociaż ilość łóżek psychiatrycznych jest stosunkowo duża (4 łóżka na 1.000 mieszkańców), jest ona niewystarczająca.

Miałam możność zwiedzić 3 duże szpitale, 2 położone na dalekich przedmieściach Sztokholmu — Langbro i Bekomberga, oraz szpital Lillhagen w odległości kilkunastu kilometrów od Göteborga.

Langbro jest to szpital komunalny, budowany w końcu ubiegłego stulecia, o systemie pawilonowym, wewnątrz przebudowany na sposób nowoczesny, położony w bardzo pięknym parku. Jest on przeznaczony dla 800 chorych, mieści jednak obecnie 1.060 chorych ze względu na brak miejsc. W szpitalu pracuje 8 lekarzy oprócz dyrektora. Stosunek personelu pomocniczego do chorych jak 1:4. Oddziały po 30—50 chorych. Każdy oddział ma przynajmniej jedną pielęgniarkę wykwalifikowaną, reszta personelu to pielęgniarki względnie pielęgniarze przyuczeni. Charakter i podział oddziałów odpowiada naszemu. Bekomberga to szpital nowszy, o systemie blokowym, na 1.700 łóżek. W chwili kiedy go zwiedzałam, 400 łóżek było wolnych z powodu braku personelu pomocniczego. Na lekarza przypada około 150 chorych. Stosunek personelu pomocniczego do chorych jak 1:5.

Ogólnie, w szpitalach które zwiedzałam zwraca uwagę duży porządek i czystość oraz dbałość o estetykę. Na terenie są piękne trawniki i kwietniki. Na oddziałach bardzo dużo kwiatów, piękne i wygodne meble, pomieszczenia na ubrania chorych, dużo łazienek, pięknie i wygodnie urządzone kuchenki oddziałowe. Na odziałach dla chorych niespokojnych, szyby okrętowe lub z zatopioną siatką, krat nie ma. Sale raczej nieduże, dużo pokoików. Chorzy ubrani porządnie i czysto. Ze środków unieruchamiających stosuje się pasy skórzane; chory za pomocą pasa jest unieruchomiony na łóżku w ten sposób, że może się kłaść, siadać i poruszać rękami, nie może tylko opuścić łóżka. Chorych głośnych izoluje się w separatkach, aby nie podniecali innych. Separatka ma zwykle łóżko przymocowane do podłogi, w oknach szyby okrętowe, drzwi podwójne, jedne materacowe.

Szpitale mają dobrze wyposażone laboratoria, sale operacyjne, gabinety rentgenowskie i fizykoterapeutyczne. Personel pielęgniarski mieszany: wykwalifikowany i przyuczony. Każdy oddział, bez względu na ilość łóżek (15—50), ma przynajmniej jedną pielęgniarkę wykwalifikowaną. Personel męski jest wyłącznie przyuczony. Sióstr zakonnych w ogóle nie ma. Kandydat(ka) na pielęgniarza(rkę) przyuczonego musi mieć ukończoną conajmniej szkołę powszechną. Kandydaci przyjmowani są na okres próbny (6—12 miesięcy), następnie przechodzą kurs w szpitalu i zdają egzamin. Program i czas trwania tych kursów nie jest jednolity we wszystkich szpitalach. Osobno chcę poświęcić nieco uwagi trzeciemu szpitalowi, który zwiedziłam. Jest to szpital miasta Göteborga, Lillhagen, położony kilkanaście kilometrów za miastem. Jest to szpital na 1300 łóżek, składa się z kilku dwupiętrowych bloków. Ilość chorych przypadających na jednego lekarza 150, stosunek personelu pielęgniarskiego 3:1. Bierze się tu pod uwagę dwie zasady: 1^0 — chory psychicznie, zwłaszcza przebywający w szpitalu dłuższy czas, musi mieć atmosferę pogodną i warunki zbliżone do domowych; 2^0 — jednym z głównych czynników terapeutycznych, zwłaszcza w przypadkach nie poddających się innemu leczeniu, jest praca. Obydwie zasady wprowadzono w życie. Oddziały przypominają tu raczej pensjonat niż szpital (za wyjątkiem kilku salek dla chorych słabych i niespokojnych). Chorzy mają sale sypialne, jadalne, dziennego pobytu, oraz osobne warsztaty pracy. Umeblowanie bardzo ładne, często komfortowe, na sposób mieszkania prywatnego. Dywany, makaty i bibeloty, te ostatnie zresztą przeważnie wykonane przez chorych, o dużej wartości artystycznej. Bardzo dużo obrazów, również o wartości artystycznej, wszędzie kwiaty. Niezwykła dbałość o harmonię kolorów, każdy pokój ma firanki innego koloru, by nie wprowadzać jednostajności i szablonu, dla tego samego powodu ubrania chorych nie są jednakowe. Bardzo szeroko rozbudowane są warsztaty pracy jak: tkactwo, koronkarstwo, zabawkarstwo, roboty ręczne, szycie, klejenie torebek i pudełek, lepienie z plasteliny, stolarstwo, szewstwo, ogrodnictwo. W szpitalu pracuje 85—90% chorych. Wyroby chorych, zwłaszcza tkackie i koronkarskie są na bardzo wysokim poziomie. Warsztaty lśnią czystością. Nie stosuje się tu żadnych środków unieruchamiających ani izolujących. Personel jest dobrze wyszkolony i starannie dobierany. Jak już zaznaczyłem, nie wszystkie szpitale w Szwecji są na podobnym poziomie. Nie zwiedzałam wprawdzie szpitali psychiatrycznych na dalekiej prowincji, ale wiem o tym od tamtejszych lekarzy; również podczas mojego pobytu ukazał się w jednym z dzienników artykuł o warunkach w jakich przebywają chorzy psychicznie w jednym ze szpitalów na prowincji, że

panuje tam ciasnota, brud i zaniedbana służba pielęgniarska jest na bardzo niskim poziomie.

Lekarze w szpitalach szwedzkich pracują od godz. 8,30 do 17 z przerwą godzinną na obiad, który wszyscy pracownicy jedzą w szpitalu. Personel pomocniczy pracuje na dwie zmiany. Karty szpitalne pisane są wszędzie na maszynie. Uposażenie lekarza wynosi od 500—1.000 koron. Pielęgniarka zarabia do 500 koron.

Sprawa alkoholizmu i walki z nim jest w Szwecji bardzo żywa i poświęca się jej dużo uwagi i środków. Liczba alkoholików w ostatnich latach znacznie wzrosła. Ilość wszystkich alkoholików obliczają na 190.000, w tym ciężkich alkoholików na 14.000. W roku 1947 było w leczeniu 1000 nowych alkoholików. Jak widzimy z powyższego, liczba alkoholików w Szwecji jest bardzo duża, i zagadnienie alkoholizmu jest poważnym problemem społecznym.

Psychozy alkoholowe i przypadki ciężkiego alkoholizmu chronicznego ze zwyrodnieniem psychicznym leczone są w szpitalach, inne przypadki w zakładach dla alkoholików. W projekcie jest budowa 4 klinik dla alkoholików w Sztokholmie, Göteborgu, Malmö i na północy kraju. Mają to być zakłady obserwacyjne i segregacyjne, ponadto będzie tam prowadzona praca naukowo - badawcza. Ostatnio otwarto na wydziale lekarskim w Sztokholmie katedrę alkohologii.

Według ustawy za alkoholika chronicznego uważany jest w Szwecji ten, który na skutek nadużywania alkoholu szkodzi sobie i otoczeniu w sensie psychicznym, fizycznym i socjalnym. Za ukazywanie się w miejscu publicznym w stanie nietrzeźwym są stosowane kary grzywny i aresztu. Jeśli w ciągu 2 lat jest ukarany 3-krotnie, zostaje umieszczony w zakładzie dla alkoholików. Alkoholik może być również umieszczony w zakładzie na skutek doniesienia policji, że maltretuje i rujnuje rodzinę, lub zakłóca spokój publiczny. Do umieszczenia w zakładzie potrzebne jest również świadectwo lekarskie. Pierwszy pobyt w zakładzie trwa jeden rok, drugi dwa lata, w wypadku popełnienia przestępstwa — 6 lat. W każdym wypadku na wniosek lekarza alkoholik może być zwolniony z zakładu wcześniej na próbę. Zagadnienie alkoholizmu jest tematem wielu prac naukowych od strony psychiatrycznej i socjalnej.

W 2 szpitalach są specjalne oddziały dla psychopatów-przestępców. W projekcie jest budowa zakładów dla psychopatów, o charakterze leczniczo-wychowawczym, z dużymi warsztatami pracy.

Szpitali psychiatrycznych dla dzieci, ani klinik psychiatrii dziecięcej w Szwecji nie ma. W szpitalu Karolinksa w Sztokholmie buduje się obecnie klinikę pediatryczną, gdzie przewidziany jest oddział psychiatrii dziecięcej. W Szwecji toczy się spór między pediatrami i psychiatrami, kto ma się zajmować dziećmi psychicznie chorymi. Narazie w ogólnych szpitalach dziecięcych są małe oddziały dla dzieci z zaburzeniami psychicznymi i dzieci trudnych do wychowania. Dla tych ostatnich są też specjalne zakłady o niewielkiej ilości miejsc, ażeby uniknąć szkodliwego skupienia. Istnieje też organizacja rodzin zastępczych, ale na niedużą skalę. Są oddzielne zakłady dla dzieci niedorozwiniętych.

Przy niektórych szpitalach i klinikach psychiatrycznych istnieją polikliniki, względnie poradnie, które mają w ewidencji chorych i alkoholików, zwolnionych ze szpitala oraz leczących się ambulatoryjnie. Chorzy zwolnieni ze szpitala mają obowiązek zgłaszać się do poradni co pewien czas, ponadto robione są wizyty i wywiady w domu.

Poradnie osobne dla alkoholików, jak również poradnie eugeniczne i dla dzieci są tylko w 5 większych miastach. Poradnictwa i lecznictwa Anostego psychiatrycznego na większą skalę nie ma. Na wsi poradni tych nie ma, częściowo ze względu na brak lekarzy, częściowo dlatego, że sprawy te są w stadium organizacji.

Istnieje w Szwecji opieka pozazakładowa, o typie adneksyjnym oraz opieka rodzinna (na niezbyt szeroką skalę), również domy dla rekonwalescentów, te ostatnie z warsztatami pracy.

Co do leczenia chorych psychicznie w szpitalach i klinikach, to ogólnie należy stwierdzić, że każdy chory jest bardzo sumiennie i wszechstronnie badany, co w dużej mierze możliwe jest dzięki dobremu wyposażeniu szpitali w pracownie i aparaty. Przytoczę tu opinię, którą słyszałam kilkakrotnie od Szwedów, co potwierdzili również lekarze, o stosunku tamtejszych lekarzy do chorych. Były to skargi, że lekarze traktują chorych zbyt mechanistycznie, jakby zepsutą maszynę, poddają ich najrozmaitszym badaniom pomocniczym, brak jest natomiast kontaktu lekarza z chorym, lekarz jest często szorstki i zbyt bezwzględny w uświadamianiu chorego co do jego stanu.

Co do terapii wstrząsowej, to szeroko stosuje się wstrząsy insulinowe, przede wszystkim w schizofrenii. Wstrząsy elektryczne stosuje się głównie w przypadkach depresji i psychozy inwolucyjnej. W schizofrenii nie masowo, lecz indywidualnie. Leczenie małymi dawkami insuliny stosuje się w alkoholizmie, narkomaniach i psychonerwicach.

W psychonerwicach kurację elektrowstrząsową stosuje się tylko w przypadkach z objawami depresji, we wszystkich innych leczenie wzmacniające, masaże, naświetlania, psychoterapię, zmianę warunków, odpoczynek. Nie stosuje się kuracji wstrząsowej u alkoholików, stosuje się u nich natomiast kurację apomorfinową, jakkolwiek lekarze do skuteczności jej odnoszą się sceptycznie.

Elektronarkozę stosuje się w schozofrenii, narkoanalizę w psychonerwicach i stanach reaktywnych.

Leukotomie i lobotomie robione są przeważnie na miejscu w szpitalach przez dojeżdżającego neurochirurga.

Jak już o tym była mowa wyżej, terapia pracy jest bardzo szeroko stosowana. Leczenie psychoanalizą jest stosowane, ale nie w szerokim zakresie. Należy zaznaczyć, że lekarze szwedzcy nie entuzjazmują się pochopnie, są raczej ostrożni i krytyczni w stosowaniu i ocenie metod leczenia. Przypadków porażenia postępującego, wiądu rdzenia i kiły mózgu jest w Szwecji niewiele. Ze względu na to przypadków tych nie spotyka się w ogóle w szpitalach i klinikach, natomiast dla leczenia ich przeznaczony jest specjalny oddział, zdaje się w Malmö. Ogólnie należy pamiętać, że w Szwecji, która jest krajem bogatym, która od 150 lat niezna wojen, przeciwnie, podczas wojen bogaciła się, i ma wysoką stopę życiową, nie ma rozwiniętego lecznictwa społecznego. Jak już powiedziałam, poradnictwo i lecznictwo otwarte psychiatryczne istnieje tylko na bardzo małą skalę. Brak jest lekarzy psychiatrów, w szpitalu pod Sztokholmem przypada na lekarza 150—200 chorych, na prowincji stosunek jest gorszy. Charakterystyczną cechą jest nierównomierność poziomów np. szpitali, gdyż poziom taki zależy od zamożności właściciela, a często od fundacji prywatnych. Uderzająca jest tu sprzeczność między osiągnięciami nauki lekarskiej i naogół wysokim poziomem wyposażenia technicznego instytucji leczniczych, a niskim poziomem rozwoju pomocy lekarskiej dla pracujących. W Szwecji niema przymusu ubezpieczenia pracownika na wypadek chorób.

JAN GALLUS
Z Państw. Szpitala dla nerw. i psych. chorych Dziekanka p. Gniezno

OPIEKA PRZYZAKŁADOWA I POZAZAKŁADOWA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Opieka rodzinna.

Wieloletnie doświadczenie zarówno teoretyczne jak i praktyczne psychiatrii wykazało, że w parze z indywidualnym wnikaniem w życie psychiczne poszczególnych chorych musi iść indywidualne postępowanie z nimi oraz odpowiednie oddziaływanie na nich, liczące się nie tylko z ich usposobieniem, objawami chorobowymi, reakcjami, warunkami dotychczasowego bytowania, środowiskiem itp., ale i ze szkodliwością nieraz ich zbyt długiego przetrzymywania w szpitalach, czy zakładach psychiatrycznych oraz z tym, że nieraz przez wcześniejsze przemieszczanie odpowiednich chorych w warunki rodzinne, zbliżone do warunków domowych oraz przez wciąganie tych chorych do odpowiedniej pracy, ułatwia się często skracanie ich okresu chorobowego i pochorobowego oraz przyczynia się do większego i wcześniejszego ich uspołecznienia.

Czynniki te, jak również niedostateczna ilość odpowiednich szpitali i zakładów psychiatrycznych oraz często ich przepełnienie zmusiły świat psychiatryczny do przejęcia i odpowiedniego zorganizowania istniejących nieraz już od wielu lat, a nawet wieków (np. Gheel we Flandrii, Deksznia u nas) samorzutnych organizacji, tzw. kolonii dla umysłowo chorych, którymi do tej pory zajmowały się bądź to prywatne jednostki, bądź to specjalne organizacje i stowarzyszenia zakonne czy świeckie.

W związku z powyższym przyszło stopniowo do zorganizowania różnych form i typów tzw. opieki rodzinnej, zależnych od różnych warunków miejscowych, uspołecznienia danych krajów, własnego doświadczenia, możliwości materialnych itp.

O opiece „rodzinnej" możemy mówić jedynie w tym wypadku, kiedy dochodzi ona do skutku dzięki wyraźnemu postanowieniu przez jakiś szpital lub zakład psychiatryczny czy odpowiednią organizację lub związek opiekuńczy, a nawet odpowiednie czynniki władzy administracyjnej, jest przez nie rozplanowana, zorganizowana i przeprowadzona przy pomocy i współudziale fachowych sił lekarskich i pomocniczych.

W opiece rodzinnej chorzy mogą być umieszczani na okres krótszy — przejściowy lub na okres dłuższy — trwały. Mówimy wtedy o opiece rodzinnej przejściowej lub trwałej, przy czym może ona być zastosowana w celach leczniczych (opieka rodzinna lecznicza), np. w stosunku do chorych chronicznie podniecających się, odmawiających przyjmowania pokarmów, niechętnych do pracy, skłonnych do działań niszczycielskich itp., których stan pod wpływem tejże opieki rodzinnej poprawia się — lub w celach obserwacyjnych (opieka rodzinna obserwacyjna), np. w stosunku do alkoholików, narkomanów, pewnych typów psychopatów trudniejszych do okiełznania lub skłonnych do podrażnień, lekkich kryminalistów i innych, których urlopowanie lub zwolnienie ze szpitala czy zakładu psychiatrycznego nasuwa pewne wątpliwości, a którym opieka rodzinna przez swe swobodniejsze warunki ułatwia przejście odpowiedniej próby. Trwała opieka rodzinna poza pewnym celem leczniczo-obserwacyjnym ma również za zadanie odciążenie szpitali czy zakładów psychiatrycznych już przepełnionych (opieka rodzinna wentylacyjna) lub służenie pewnym względom oszczędnościowym w wypadkach trudności rozbudowy istniejących szpitali czy zakładów lub budowania w ogóle nowych szpitali czy zakładów (opieka rodzinna oszczędnościowa we właściwym znaczeniu). Należy tutaj nadmienić, że opieka rodzinna przejściowa, stwarzając miejsca dla nowych chorych w istniejących szzpitalach i zakładach psychiatrycznych, działa również jak wentyl przeciwko przepełnieniu ich, oraz, ułatwiając wcześniejsze dojrzewanie chorych do zwolnienia, stwarza warunki oszczędnościowe.

Chorzy mogą być umieszczani w opiece rodzinnej na okres przejściowy lub trwały we własnych rodzinach i wtedy mówimy o tzw. opiece rodzinnej homofamilijnej oraz w obcych rodzinach i wtedy mówimy o tzw. opiece rodzinnej heterofamilijnej.

Wreszcie opieka rodzinna może być ściśle związana ze szpitalem czy z zakładem psychiatrycznym i wtedy mówimy o opiece rodzinnej i przyzakładowej-aneksyjnej. Może się również rozwijać niezależnie od jakiegoś zakładu i wtedy mówimy o opiece rodzinnej pozazakładowej.

Opieka rodzinna przyzakładowa z natury rzeczy ma przeważnie charakter opieki rodzinnej trwałej, a chorych w niej pozostających należy uważać za chorych danego szpitala czy zakładu, przy czym nie zostają oni urlopowani ani zwolnieni z danej instytucji, a nadal podlegają stałej obserwacji i opiece ze strony lekarzy oraz personelu szpitalnego czy zakładowego z tym, że każdej chwili mogą być zabrani z powrotem do szpitala czy zakładu.

W opiece rodzinnej przyzakładowej rozróżniamy trzy jej typy — najstarszym z nich jest tzw. typ belgijski — koncentracyjny (Gheel), polegający na tym, że chorzy psychicznie umieszczani są wokół małego szpitala czy zakładu centralnego (około 100 łóżek) u najrozmaitszych rodzin, na stosunkowo małej przestrzeni, a sam szpital czy zakład jest tylko stacją przejściową dla chorych, którzy z tych czy innych powodów przejściowo nie mogą być umieszczani w rodzinach. Ten typ opieki rodzinnej rozwinął się specjalnie w Belgii, Holandii, Francji i Niemczech, zależnym zaś jest w dużej mierze od zainteresowania się i oswojenia z psychicznie chorymi przez samą ludność na terenie działania zakładu.

Drugim typem opieki rodzinnej przyzakładowej jest tzw. typ szkocki-dyspersyjny (rozproszony), polegający znowu na tym, że tysiące chorych psychicznie jest rozproszonych i rozdzielonych małymi grupami w wielu miejscowościach po całym kraju, lub jego części, pozostając w bardzo luźnym związku z istniejącymi szpitalami czy zakładami psychiatrycznymi. Konrolę i opiekę nad chorymi tam umieszczonymi sprawują gminy i lekarze urzędowi, co musi pociągać za sobą różne niedociągnięcia i wymagać specjalnego wyrobienia ludności oraz specjalnych ustaw, normujących opiekę nad psychicznie chorymi.

Zbliżonym do tego typu był u nas prowadzony do r. 1939 na terenie wileńskiego typ opieki rodzinnej w tzw. koloniach (Deksznia, Lejpuny, Janieliszki itd.).

Najmłodszym typem opieki rodzinnej przyzakładowej jest tzw. typ niemiecki — adneksyjny, polegający na tym, że liczba chorych pozostających w ścisłym kontakcie ze szpitalem czy zakładem psychiatrycznym pod ścisłą kontrolą lekarzy i specjalnego personelu zakładowego, rozmieszczona jest u specjalnie przeszkolonych i kontrolowanych rodzin, mieszkających w pobliżu szpitali czy zakładów, przy czym w każdej rodzinie lokuje się 1 — 2, a najwyżej 4 chorych.

Ten typ opieki rodzinnej rozwinął się przed obecną wojną przy wielu zakładach psychiatrycznych w Niemczech i u nas (Dziekanka, Kocborowo, Rybnik itd.), obejmował on jednak tylko nie wielką liczbę chorych, prze-

ciętnie 100 — 200 na zakład. Aby temu zaradzić Niemcy wprowadzili w specjalnych okręgach, np. na terenie Berlina, rozszerzony typ adneksyjny, różniący się od wyżej opisanego tym, że chorzy umieszczani byli poza szpitalem czy zakładem w większych grupach np. po 5, 10, 20 i nawet więcej osób. Zdaniem moim można tu mówić o jakichś prywatnych zakładach czy sanatoriach, a nie w ścisłym tego słowa zrozumieniu opiece rodzinnej.

Do typów opieki rodzinnej pozazakładowej należą omówione częściowo powyżej tzw. kolonie dla psychicznie chorych na terenie wileńskiego oraz wprowadzony ostatnio przez Niemców specjalny typ tzw. powiatowej opieki rodzinnej homo- czy heterofamilijnej, do której należeli chorzy, którzy zasadniczo nie przeszli nigdy przez szpitale czy zakłady psychiatryczne, a którzy byli prowadzeni przez powiatowe związki opieki nad psychicznie chorymi, leczeni zaś byli ambulatoryjnie przez lekarzy urzędowych, komunalnych, ogólnie praktykujących i fachowców - psychiatrów, prowadzących opiekę społeczną przy jakichś zakładach. Był by to typ podobny częściowo do tzw. opieki otwartej, prowadzonej i u nas przed wojną przez Towarzystwa opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi w Warszawie, Krakowie i Łodzi.

Co do typu opieki pozazakładowej prowadzonej i u nas w wileńskim w tzw. koloniach dla psychicznie chorych, to jestem ich przeciwnikiem i to z zasadniczych względów. — W koloniach tych, jak wiadomo, chorzy byli umieszczani w różnych miasteczkach i wsiach na terenie kilkunastu powiatów, na których nie znajdował się żaden szpital czy zakład psychiatryczny, a opieka lekarska polegała właściwie na tym, że 1 czy 2 lekarzy i kilka osób personelu jeździli stale na przestrzeni kilkudziesięciu kilometrów i kontrolowało oraz niby się opiekowało chorymi. Zdaniem moim nie można tu było mówić o właściwej nie tylko opiece lekarskiej, ale w ogóle o opiece, opiekunowie najczęściej sami mało wyrobieni i mieszkający w najprymitywniejszych nieraz warunkach, mogli przy takiej opiece i kontroli robić z chorymi co chcieli. Wgóle wszelka kontrola w tych warunkach musiała być i byłaby problematyczna.

Tak samo nie wytrzymują krytki wprowadzone przez Niemców tzw. „Powiatowe związki opieki rodzinnej“, prowadzone przez lekarzy urzędowych i ogólnych, choćby ci nawet mieli pewne przygotowanie specjalistyczne. Zdaniem moim opieką rodzinną pozazakładową mogą i muszą zajmować się tylko lekarze psychiatrzy oraz odpowiedni personel pomocniczy przez nich kierowany i instruowany, wszelkie związki czy instytucje

społeczne mogą być tylko środkami pomocniczymi w opiece nad psychicznie chorymi..

Najdoskonalszym typem opieki nad psychicznie chorymi byłby tzw. typ opieki rodzinnej regionalnej, mający zastosowanie w kilku Stanach Ameryki Płn. oraz kilku miejscowościach Europy zachodniej. Typ ten polega na tym, że wszyscy chorzy psychicznie, znajdujący się na pewnym zamkniętym terenie administracyjnym, są objęci całą siecią najrozmaitszych stacji, poradni, przychodni i innych ośrodków opieki psychiatrycznej, powiązanych z sobą i pozostających w ścisłym kontakcie i związku nie tylko z najrozmaitszego typu szpitalami i zakładami psychiatrycznymi (Szpitale psychiatryczne ogólne, specjalne Zakłady psychiatryczne np. dla epileptyków, niedorozwiniętych umysłowo, psychopatów, dzieci nerwowo i umysłowo chorych itp), ale i z całą terenową organizacją administracyjną Służby Zdrowia oraz akcją uświadamiającą i zopobiegawczą prowadzoną przez odpowiednie fachowe i zorganizowane czynniki zarówno sanitarne jak i społeczne. Zrealizowanie tego, zdaniem nie tylko moim, najdoskonalszego typu opieki rodzinnej jest jednak nie tylko kosztowne ze względu na konieczność rozbudowy całego aparatu sił lekarskich i pomocniczych fachowo wyszkolonych oraz budowę całej sieci choćby tylko szpitali i zakładów wojewódzkich, ale i specjalnie trudne ze względu na konieczność pod tym względem pewnej tradycji, odpowiedniego wychowania i zharmonizowania się całej ludności na danym terenie z powyższą akcją.

Powyższe dane ogólne na temat opieki rodzinnej przyzakładowej czy pozazakładowej pozwoliłem sobie naszkicować w związku z koniecznością zajęcia przez nas jakiegoś wyraźnego i zdecydowanego stanowiska wobec zaktualizowania się sprawy opieki nad psychicznie chorymi w ogóle, a w szczególności w związku z koniecznością rozbudowy naszych szpitali i zakładów psychiatrycznych oraz odbudową całej opieki rodzinnej na terenie naszego kraju, zniszczonej doszczętnie przez okupanta oraz chęcią powiązania tej akcji z projektowaną rozbudową nie tylko opieki pozazakładowej na psychicznie chorymi i zagrożonymi, ale i połączenia jej z rozbudową całego szeregu poradni specjalistycznych, związanych z ośrodkami zdrowia, jak to wynika z pisma okólnego Ministra Zdrowia z dnia 25.7.45 r., skierowanego w tej sprawie do Wydziałów Zdrowia przy Urzędach Wojewódzkich.

Na temat potrzeby opieki rodzinnej przy czy pozazakładowej nie mam zamiaru dyskutować, opieka rodzinna choćby na terenie naszego kraju zdała egzamin, dowodem czego są choćby nasze skromne dane co do liczby chorych pozostających w opiece rodzinnej w r. 1939, a stanowiących około

2.500 chorych, ściśle tą opieką objętych. Liczba ta była na pewno większa, jeżeli się uwzględni brak ścisłych danych statystycznych z terenu dość mocno rozbudowanej opieki pozazakładowej w koloniach na terenie wileńskiego i nowogródzkiego. Chorych psychicznie, jak to wynika z ostatniej mej pracy dotyczącej tych zagadnień, w r. 1937 było w Polsce ogółem we wszystkich szpitalach i zakładach psychiatrycznych 19.210 osób, jeżeli przyjmiemy, że liczba ta nawet wzrosła, to i tak stwierdzimy, że odsetek 2.500 chorych prowadzonych przez opiekę rodzinną był dość poważny. Jeżeli się przytem uwzględni, że ilość naszych szpitali i zakładów psychiatrycznych była zawsze u nas niedostateczna, i że na ogół były one wszystkie przepełnione oraz, że wielu chorych psychicznie nie docierało z tych czy innych względów do nich, (liczba takich chorych musiała być spora, jeżeli się przyjmie przeciętną normę, że na 1.000 mieszkańców 3 jest chorych psychicznie, z czego przynajmniej 1 wymaga umieszczenia w zakładzie zamkniętym, 2 zaś wymaga jeżeli nie jakichś zakładów specjalnych to przynajmniej opieki rodzinnej w tej czy innej formie), oraz że w związku z obecną wojną ilość ta na pewno nie tylko nie zmniejszyła się, a wzrosła, liczba zaś szpitali i zakładów psychiatrycznych a z nimi łóżek psychiatrycznych spadła, — to rychło dojdziemy do przekonania jak sprawa opieki nad psychicznie chorymi i kwestia zwiększenia takich czy innych miejsc dla psychicznie chorych i zagrożonych jest ważna i paląca.

Musimy liczyć się z tym, jaka opieka nad psychicznie chorymi będzie tańsza i łatwiejsza do przeprowadzenia, wiemy zaś na podstawie doświadczeń, że opieka rodzinna była i musi być i dziś tańsza i łatwiejsza od opieki szpitalnej czy zakładowej, łatwiej bowiem i taniej dziś utrzymać chorego czy chorych na wsi czy w małych miasteczkach aniżeli w dużym, przeważnie pod większym miastem leżącym szpitalu czy zakładzie psychiatrycznym. Wreszcie odpowiednio prowadzona opieka rodzinna może dać niejednej naszej rodzinie na wsi odpowiedniego pomocnika w pracy na roli czy w warsztacie, którego jej brak, a nam pozwoli przez wcześniejsze zwalnianie chorych ze szpitali i zakładów psychiatrycznych na ich wentylację i wracanie społeczeństwu zdrowych i pełnowartościowych jego członków.

Biorąc powyższe rozważania pod uwagę należałoby obecnie jak najrychlej i najszerzej przystąpić do odbudowy opieki rodzinnej w Polsce, z uwzględnieniem obecnej naszej sytuacji zarówno społecznej jak i gospodarczej oraz planami ogólnej przebudowy struktury państwowej na odcinku zdrowia publicznego i służby zdrowia.

Przy wyborze zaś formy i typu opieki rodzinnej zdaniem moim należy liczyć się przede wszystkim z naszymi doświadczeniami pod tym względem oraz z warunkami lokalnymi w naszych miastach i wsiach, gdzie będziemy mieli do czynienia nie tylko z różnym materiałem ludzkim, ale i z różnymi formami i przejawami, zwyczajami, tradycjami i nastawieniem.

Ideałem, do którego dążyć powinniśmy jeżeli chodzi o opiekę rodzinną powinien być typ opieki rodzinnej regionalnej, z całą jego rozbudową społeczną, fachową, szzpitalnictwem psychiatrycznym, opieką rodzinną przyzakładową i pozazakładową, połączoną z najrozmaitszego rodzaju poradniami specjalistycznymi i zapobiegawczymi oraz powiązaniem ich i prowadzeniem jedynie przez specjalistów, bez zwiększenia poważnego liczby których nie tylko nie można mówić o odbudowie czy rozbudowie opieki nad chorymi psychicznie, ale nawet o utrzymaniu tego co w danej chwili posiadamy.

Przed zrealizowaniem powyższego ideału należałoby od razu przystąpić do zasadniczych i obecnie możliwych do przeprowadzenia posunięć i zarządzeń, a przede wszystkim:

1. Natychmiastowego utworzenia lub odbudowy dawniej istniejącej opieki przyzakładowej przy wszystkich czynnych obecnie i mających powstać szpitalach czy zakładach psychiatrycznych, z tym, że instytucjom tym umożliwi się ich rozbudowę w tym kierunku nie tylko przez odpowiednie dotacje, ale i przez wyjednanie i przydzielenie im odpowiednich i w pobliżu nich leżących obiektów rolnych; da to możność nie tylko odpowiedniego poprowadzenia tych zakładów i ich opieki przyzakładowej, ale stworzy realne i odpowiednie podstawy do rozwinięcia terapii przez pracę chorych.
2. Zorganizowania na terenie województw i powiatów ośrodków opieki rodzinnej przyzakładowej i pozazakładowej, których celem byłoby przygotowanie i wprowadzenie w życie wytycznych odnośnie takich ośrodków, opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Komisją Organizacji Szpitali P. K. N. oraz po zasięgnięciu opinii polskiego świata psychiatrycznego, z uwzględnieniem warunków i możliwości miejscowych. Przy czym na czele takich ośrodków musieli by stać i mieć w nich decydujący głos fachowcy-psychiatrzy.
3. Uwzględnienia przy rozbudowie ośrodków zdrowia powiatowych, miejskich i wiejskich wszelkich poradni specjalistycznych jak np. poradnie eugeniczne, pedologiczne, seksualne, przedślubne, dla alkoholików itp., prowadzonych przez specjalistów lub personel odpo-

wiednio przygotowany i przeszkolony oraz powiązania tych ośrodków i poradni ze sobą i z projektowanymi ośrodkami psychiatrycznej opieki rodzinnej wojewódzkiej, a następnie powiatowej i z czynnikami administracji sanitarnej.

Poradnictwo specjalistyczne przyszkolne i pozaszkolne

Nowoczesne zapatrywania, podejście oraz rozwój lecznictwa psychiatrycznego nie tylko ułatwiają roztoczenie opieki i przeprowadzenie właściwego lecznictwa u chorych psychicznie w odpowiednich szpitalach i zakładach psychiatrycznych, ale pozwala również na roztoczenie właściwej opieki nad tymi chorymi i zagrożonymi nerwowo i psychicznie, którzy z najrozmaitszych względów nie docierają lub nie mogą dotrzeć do odpowiednich szpitali i zakładów psychiatrycznych. Chorzy ci, a zwłaszcza zagrożeni chorobami nerwowymi i psychicznymi, nie docierają do obecnych szpitali i zakładów psychiatrycznych przede wszystkim dlatego, że albo nie uważają się za tak chorych lub zagrożonych aby musieli przebywać w nich, albo dlatego, że istniejące w nich dotychczas warunki lub pokutująca o nich opinia wyraźnie odstręcza ich od większości czynnych obecnie szpitali i zakładów psychiatrycznych. Że chorych i zagrożonych tego rodzaju istnieje sporo i że mają oni poniekąd pewne racje, musimy sobie zdawać z tego sprawę. Zdając zaś sobie sprawę, musimy dążyć do zmiany istniejących warunków, nie tylko w naszym szpitalnictwie psychiatrycznym, ale i w sposobach załatwiania i obsługi tych chorych i zagrożonych.

Jednym ze sposobów właściwego ich załatwiania i obslugi winno być, zdaniem moim, odpowiednie zorganizowanie i prowadzenie całego szeregu poradni i przychodni specjalistycznych, bezpośrednio przy istniejących szpitalach i zakładach psychiatrycznych oraz ze względu na ich położenie (często zdala od większych ośrodków) i specjalny charakter — przy wojewódzkich, powiatowych, miejskich i gminnych ośrodkach zdrowia oraz mających się zorganizować ośrodkach psychiatrycznych opieki rodzinnej.

Przychodnie te winny być, zdaniem moim, jak najrychlej zorganizowane, prowadzone wszechstronnie oraz udostępnione bezpłatnie szerokim masom chorych i zagrożonych nerwowo i psychicznie oraz wszystkim wymagającym tego rodzaju poradnictwa (np. przychodnie przedślubne, seksualne itp.). Ponadto przychodnie te winny być ściśle ze sobą powiązane i połączone z istniejącymi szpitalami i różnego typu zakładami psychiatrycznymi specjalnymi oraz z czynnikami administracji ogólnej.

Przychodnie znajdujące się bezpośrednio przy szpitalach i zakladach psychiatrycznych winny być nastawione nie tylko na udzielanie porad,

ale i na lecznictwo ambulatoryjne, nawet za pomocą najnowszych metod leczniczych, jak np. elektroszoków, elektronarkozy itp. W przyszłości w miarę zwiększania się liczby odpowiednich sił fachowych oraz organizowania się właściwych przychodni specjalistycznych i ośrodków opieki psychiatrycznej rodzinnej, należałoby przychodnie te na szczeblu wojewódzkim, powiatowym i miejskim odpowiednio nastawić i zaopatrzyć do nowoczesnego lecznictwa psychiatrycznego.

W związku z brakiem w chwili obecnej odpowiedniej liczby personelu fachowego do prowadzenia przychodni specjalistycznych wspomnianych wyżej typów oraz w ogóle z brakiem takich przychodni na znacznych terenach naszego kraju, należałoby zdaniem moim przystąpić jak najrychlej do:

1. Natychmiastowego uruchomienia przy wszystkich czynnych obecnie szpitalach, zakładach i instytucjach psychiatrycznych ambulatoriów przyszpitalnych czy przyzakładowych, z wyraźnym nastawieniem ich nie tylko na wszechstronne poradnictwo, ale i na lecznictwo nawet najnowszego typu, łącznie z leczeniem wstrząsowym itp.
2. Szybkiego, planowego i właściwie rozmieszczonego organizowania najnowszego typu wyżej wspomnianych przychodni specjalistycznych na szczeblach wojewódzkich, powiatowych, miejskich, a następnie gminnych.
3. Połączenia istniejących już i organizujących się ośrodków lecznictwa poradniowego z klinikami, szpitalami i zakładami psychiatrycznymi oraz Państw. Instytutem Higieny Psychicznej i Władzami sanitarno - administracyjnymi oraz powiązania tych wszystkich członków lecznictwa poradniowego między sobą.
4. W związku z brakiem odpowiednich sił fachowych lekarskich i pomocniczych, do czasu wyszkolenia odpowiedniej ich liczby, można by, zdaniem moim, stworzyć i uruchomić przy pomocy personelu fachowego, pracującego w czynnych obecnie instytucjach psychiatrycznych specjalne kolumny objazdowe, zadaniem których byłoby prowadzenie poradnictwa psychiatrycznego w terenie wyznaczonych z góry okręgów np. przy istniejących powiatowych ośrodkach zdrowia kilku związanych ze sobą powiatów. Do tego celu poza zaplanowaniem, organizacją oraz pewnymi funduszami potrzebne byłyby, zdaniem moim, odpowiednie środki lokomocji (np. samochody), które pozwoliłyby wspomnianej wyżej kolumnie objazdowej na obsłużenie w jednym dniu 2 — 3 powiatów w swoim okręgu.

Opieka nad chorymi zwolnionymi ze szpitala.

Z doświadczenia swego wiemy, że większość byłych pacjentów naszych szpitali czy zakładów psychiatrycznych nie utrzymuje z nimi po swym zwolnieniu żadnego kontaktu i nieraz mimo, że tego wyraźnie potrzebuje. pozostaje bez wszelkiej opieki i pomocy fachowej. Stan ten nie tylko wpływa ujemnie na nasze wiadomości katamnestyczne, tak konieczne do poznania całości obrazu chorobowego i jego zejścia, ale specjalnie niekorzystnie odbija się często na zdrowiu i dalszych losach nie tylko byłego pacjenta, ale i jego otoczenia.

Istniejące pod tym względem zupełnie nieodpowiednie i nadal trudne do utrzymania warunki związane są bezsprzecznie z brakiem dotychczasowym jakiejkolwiek organizacji opieki rodzinnej pozazakładowej i szerzej rozbudowanych ośrodków lecznictwa poradniowego, ale i brakiem odpowiednich ustaw omawiających i regulujących opiekę nad zagrożonymi i psychicznie chorymi w ogóle.

Opieka nad byłymi pacjentami szpitali czy zakładów psychiatrycznych zdrowymi czy też jeszcze pozostającymi w stanie choroby, ze względów lekarskich, społecznych, ekonomicznych itp., jest zdaniem moim konieczna i łatwa do przeprowadzenia po wprowadzeniu wyżej podanych form opieki rodzinnej pozazakładowej oraz całej sieci różnego typu ośrodków lecznictwa poradniowego pod warunkiem, że szpitale i zakłady psychiatryczne zwalniając swych chorych będą o tym donosiły równocześnie z krótkim opisem przebiegu choroby, dotychczasowego leczenia oraz wskazówek dalszego postępowania, odpowiednim władzom administracyjno - sanitarnym czy ośrodkom poradnictwa specjalistycznego terenu, na który chory wraca.

Do obowiązków ośrodków poradnictwa specjalistycznego i opieki rodzinnej pozazakładowej w terenie należało by, poza ścisłą rejestracją, ujęcie i otoczenie byłego pacjenta właściwą opieką fachową za pośrednictwem miejscowych higienistów (tek) zdrowia psychicznego, ewentualnie miejscowych poradni specjalistycznych oraz czynników do tego powołanych, poza tym przesyłanie danych katamnestycznych, na specjalnie z góry opracowanych i przygotowanych wzorach, szpitalom czy zakładom psyhiatrycznym, zasięganie u nich w razie potrzeby informacji co do dalszego postępowania z pozostającymi w ich opiece pacjentami odnośnych szpitali i zakładów psychiatrycznych itp.

W zakończeniu celem właściwego zorganizowania i wprowadzenia w życie odpowiedniej i nowoczesnej opieki przyzakładowj i pozazakłado-

wej szpitali i zakładów psychiatrycznych oraz celem uspołecznienia ich i związania ściśle z całą rozbudową opieki nad psychicznie chorymi i zagrożonymi w kraju uważałbym za najbardziej w chwili obecnej istotne:

1. Przedstawienie odpowiednim czynnikom palącej potrzeby ostatecznego opracowania i ogłoszenia specjalnych ustaw obejmujących i normujących całokształt opieki nad psychicznie chorymi i zagrożonymi w Polsce, z uwzględnieniem wytycznych zawartych w piśmie okólnym Ministerstwa Zdrowia z dnia 25. 7. 1945 r., odnośnie zorganizowania opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi i zagrożonymi oraz stopniowym skierowywaniem tejże opieki w kierunku typu opieki regionalnej, z całą rozbudową społeczną, fachową, szpitalnictwem psychiatrycznym, opieką rodzinną przyzakładową i pozazakładową, połączoną z najrozmaitszego rodzaju poradniami specjalistycznymi i zapobiegawczymi oraz powiązaniem tych wszystkich z sobą.
2. Przystąpienie do jak najrychlejszego i na szeroką skalę zakrojonego szkolenia i zwiększenia kadr personelu psychiatrycznego fachowego, bez którego trudno wyobrazić sobie wyżej wspomnianą rozbudowę opieki nad psychicznie chorymi i zagrożonymi w Polsce.

   Do czasu odpowiedniego zwiększenia kadr personelu psychiatrycznego fachowego i nasycenia wzrastającego z wyżej wspomnianą rozbudową jego zapotrzebowania, należało by zdaniem moim przystąpić jak najrychlej do bodaj kilkutygodniowego, obowiązkowego przeszkolenia lekarzy urzędowych i powiatowych z zakresu psychiatrii, orzecznictwa psychiatrycznego i opieki nad psychicznie chorymi i zagrożonymi, jak to ma miejsce obecnie odnośnie lekarzy np. w akcji „W“ czy też przeciwgruźliczej.

   Przeszkolenie takie da nam możność podciągnięcia wspomnianych lekarzy w ich wiadomościach, tak często skąpych, z wyżej podanego zakresu i ułatwi bodaj częściowe wykorzystanie ich w organizacji i rozbudowie przewidywanej akcji opieki nad psychicznie chorymi i zagrożonymi. W akcji tej na przyszłość bezsprzecznie dużą rolę mogłyby odegrać poza wyżej podanym przeszkoleniem lekarzy urzędowych i powiatowych ogólne podniesienie zasobu wiadomości ogółu lekarzy z tej dziedziny, które udało by się zdaniem moim uzyskać przez wprowadzenie obowiązkowego 3 miesięcznego stażu z psychiatrii u wszystkich lekarzy, odbywających obowiązkowy roczny staż, jak to ma miejsce np. odnośnie interny, chirurgii i położnictwa.

3. Przystąpienie natychmiastowe za pośrednictwem szpitali i zakładów psychiatrycznych, wszelkich poradni psychiatrycznych, lekarzy urzędowych, szkolnych, opiekuńczych, więziennych i innych oraz odpowiednich czynników, do rejestracji w kraju nie tylko chorych psychicznie w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale i wszystkich anormalnych (aspołecznych psychopatów, nałogowców, epileptyków itp.). Powyższe dane dałyby nam możność zorientowania się co do liczby chorych i zagrożonych psychicznie objętych i nie objętych dotychczasowymi sprawozdaniami psychiatrycznymi, części w ogóle zachorowań psychicznych, pochodzenia i rozmieszczenia terenowego tych chorych, istnienia czy braku jakichś instytucji opieki czy lecznictwa specjalistycznego nad tymi chorymi itp. Dane te należało by zebrać przy pomocy specjalnej ankiety, a wyniki zużytkować przy opracowywaniu ogólnej i szczegółowej polityki psychiatrycznej w kraju.

SPRAWOZDANIE SEKRETARZA GENERALNEGO
z działalności Towarzystwa za okres od Walnego Zgromadzenia w dniu 25.5.1947 r. do Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia w dniu 25.4.1948 r.

Do zgonu prof. *Mazurkiewicza* Zarząd pracował w składzie: *Mazurkiewicz* (prezes), *Handelsman* (V-prezes), *Dreszer* (sekretarz), *Kaczyński* (skarbnik) *Brzezicki, Bielawski, Wilczkowski;* odbył 2 pelne posiedzenia i 1 posiedzenie prezydium. Na posiedzeniach tych omówiono sprawę tematów głównych przyszlego Zjazdu Psychiatrów, zredagowano podziękowanie Ministrowi Zdrowia i Dyrektorowi Departamentu Med. Społ. za pomoc w organizacji Zjazdu oraz opracowano redakcję wniosków zjazdowych dla przedstawienia do wiadomości Ministerstwu Zdrowia; ułożono listę referatów zjazdowych (*Mazurkiewicz, Minkowski, Brzezicki, Kaczanowski, Jaroszewski, Uszkiewicz, Gallus, Grzywo-Dąbrowski);* postanowiono zaproponować odłożenie Zjazdu Psychiatrów z roku 1948 na 1949.

Dnia 25.9.47 r. — wobec objęcia katedry w Poznaniu prof. *Dreszer* zrezygnował ze stanowiska Sekretarza Generalnego. Na jego miejsce Prezydium postanowilo dokooptować Dra *Korzeniowskiego.*

Dnia 31.10.1947 r. o godz 16 zakończył życie Prof Mazurkiewicz.

Zarząd P.T.P. w porozumieniu z Rektorem U. W zajął się zawiadomieniem ośrodków naukowych krajowych i zagranicznych o śmierci Profesora i Prezesa Towarzystwa, organizacją pogrzebu oraz wszelkich żalobnych uroczystości.

Przy wyprowadzeniu zwłok na Powązki w dniu 3 listopada żegnali Zmarlego Dyrektor Szpitala w Tworkach, przedstawiciel Kliniki Psychiatrycznej U. W. i prezes Rady Zakładowej Szpitala.

Pogrzeb zmarlego Prezesa Towarzystwa odbył się 5 listopada 1948 r. przy udziale Ministra Zdrowia, V-Ministra Oświaty oraz wielu przyjaciół, kolegów i uczni. Nad grobem przemawiali: Minister Zdrowia *Michejda,* Rektor U. W. *Czubalski oraz Kaczyński, Wilczkowski, Dreszer, Handelsman, Kaczanowski, Bornsztajn, Jakimowicz, Ossendowski, Herman, Cwynar, Rutkiewicz* i przedstawiciel Mlodzieży Akademickiej.

P. T. P. otrzymalo 16 telegramów i listów kondolencyjnych. Uroczysta Akademia ku czci Prof. Dra *Jana Mazurkiewicza,* zorganizowana przez Zarząd P. T. P. w porozumieniu z Rektorem U. W. odbyła się dnia 25 kwietnia 1948 r. w Sali Kolumnowej Uniwersytetu Warszawskiego. Przemawiali: Rektor prof. *Czubalski,*

Dziekan Prof. *Grzywo-Dąbrowski*, Doc. *Handelsman*, Prof. *Bornsztajn*, Prof. *Dreszer*, Prof. *Wilczkowski*, Doc. *Kaczyński*, Dr *Kaczanowski*. W Akademii wzięli udział przedstawiciele wielu naukowych ośrodków oraz wszystkich psychiatrycznych ośrodków w Polsce z Senatem Akademickim i Radą Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego na czele.

Po śmierci swego wieloletniego Prezesa Zarząd Towarzystwa podjął dalszą działalność w zmienionym składzie. Dnia 15.11.48 r. po dokooptowaniu tymczasowym Dra *Kaczanowskiego* Zarząd ukonstytuował się następująco: Prezes Doc. *Handelsman*, V-Prezes Prof. *Wilczkowski*, skarbnik Doc. *Kaczyński*, sekretarz Dr *Kaczanowski*.

Do Nadzwyczajnego Walnego Zebrania w kwietniu 1948 r. Zarząd odbył w tym okresie 2 posiedzenia plenarne i 4 prezydialne, na których omówiono i załatwiono:

1. Porządek dzienny ,terminy oraz wnioski Zarządu na Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie P. T. P.
2. Sprawę Rocznika Psychiatrycznego: Rocznik wydawany przez Lekarski Instytytut Wydawniczy jako jedyne pismo psychiatryczne będzie nosił podtytuł „organ P. T. P. i klinik psychiatrycznych“ zawierać będzie obok prac archiwalnych i oryginalnych również streszczenia z prac zagranicznych; pojemność jednego zeszytu 160 stron.
3. Na zastępcę Redaktora wybrano Dra *Kostkiewicza;* skład Komitetu Redakcyjnego rozszerzono przez dokooptowanie: Prof. *Brzezickiego*, Prof. *Dreszera*, Doc. *Kaczyńskiego*, Prof. *Wilczkowskiego*.
4. Ustalono termin i miejsce Zjazdu Psychiatrów Polskich (Zielone Święta 1949 r. w Gdańsku).
5. Postanowiono utrzymać tematy zjazdowe, ustalone przez Walne Zgromadzenie P. T. P. z dn. 25 5.47.
6. Wylosowano z pośród członków Zarządu: *Brzezickiego, Dreszera, Handelsmana i Wilczkowskiego — dwóch ustępujących: Brzezickiego i Dreszera.*
7. Postanowiono przedstawić Walnemu Zgromadzeniu do zatwierdzenia dokooptowanych członków: *Kostkiewicza, Korzeniowskiego, Kaczanowskiego.*
8. Postanowiono wnieść do przyjęcia zmianę art. 16 Statutu polegającą na powiększeniu liczby członków Zarządu do 9 osób z corocznym wylosowywaniem 3 członków.
9. Postanowiono zaprosić Prof. *Mieczysława Minkowskiego* do wygłoszenia odczytu na wspólnym posiedzeniu P. T. Psychiatrycznego i Tow. Neurologicznego.
10. Załatwiono szereg spraw związanych z organizacją Akademii ku czci Profesora *Mazurkiewicza.*
11. Zarejestrowano Zarząd w Wydziale Społeczno-Politycznym.
12. Omówiono i załatwiono szereg drobnych spraw.
13. Załatwiono w czasie od 26.5.47 do 25.4.48 koresponrencję 43 listów wychodzących i 24 wchodzących oraz zawiadomienia członków Towarzystwa o Nadzwyczajnym Walnym Zgromadzeniu.

Sekr. Gen. F. Kaczanowski

PROTOKÓŁ XXIII WALNEGO ZGROMADZENIA
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z dnia 25.5.47 r.

Porządek obrad.

1. Wybór prezydium.
2. Odczytanie protokółu poprzedniego Walnego Zgromadzenia.
3. Sprawozdanie sekretarza.
4. Sprawozdanie skarbnika.
5. Sprawozdanie Redakcji „Rocznika Psychiatrycznego“
6. Sprawozdanie i wnioski Komisji Rewizyjnej.
7. Dyskusja nad sprawozdaniami.
8. Wybór członków Zarządu na miejsce 2 wylosowanych (prof. *Mazurkiewicz*, doc. *Kaczyński*).
9. Wybór członków Komisji Rewizyjnej.
10. Wybór redaktora i wydawcy Rocznika Psychiatrycznego.
11. Wybór miejsca i terminu następnego Zjazdu Psychiatrów Polskich.
12. Wybór tematów głównych na przyszły Zjazd.
13. Wolne wnioski.

ad 1) Po zagajeniu zebrania przez doc. *Handelsmana* i uczczeniu przez powstanie zmarłych członków Towarzystwa, wybrano na przewodniczącego dra *A. Malinowskiego*, na sekretarza dr *Ratajską*.

ad 2), 3), 4), 5) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Walnego Zgromadzenia. Odczytano sprawozdanie sekretarza (doc. *Dreszer*), skarbnika (doc. *Kaczyński*), redaktora „Rocznika Psychiatrycznego“ (doc. *Handelsman*).

ad 6) Dr *Jełowicki* odczytał sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, która stawia wniosek udzielenia absolutorium Zarządowi Głównemu.

ad 7) Zebrani po krótkiej dyskusji jednogłośnie przyjęli sprawozdanie Komisji Rewizyjnej i uchwalili absolutorium.

ad 8) Ustępującego prof. *Mazurkiewicza* i doc. *Kaczyńskiego* wybrano ponownie na następną 3 letnią kadencję.

ad 9) Na członków Komisji Rewizyjnej wybrano: dra *Jełowickiego*, dyr. *Gallusa* i dyr. *Berezowskiego*.

ad 10) Na redaktora wybrano doc. *Handelsmana*, na wydawcę dra *Kostkiewicza*.

ad 11) Uchwalono urządzić Zjazd następny w okresie Zielonych Świąt 1948 r. Prof. *Bilikiewicz* zgłosił prowizoryczne zaproszenie do Gdańska i Kocborowa.

ad 12) Jako tematy główne XXII Zjazdu Psychiatrów Polskich wybrano:

I temat: Współczesne kierunki naukowe w psychiatrii.

II temat: Psychiatria społeczna i jej organizacja.

Na tym zebranie zakończono.

Sekretarz
(Dr H. Ratajska)

Przewodniczący
(Dr A. Malinowski)

PROTOKÓŁ NADZWYCZAJNEGO WALNEGO ZGROMADZENIA P. T. P. odbytego 25.4.1948 r. w Zakładzie Psychiatrycznym w Tworkach.

Obecnych 50 członków.

Porządek dzienny:

1. Zagajenie.
2. Wybór Przewodniczącego i Sekretarza Nadzwyczajnego Walnego Zgromadzenia.
3. Odczytanie protokółu z XXIII Walnego Zgromadzenia.
4. Miejsce, termin i główne tematy Zjazdu Psychiatrów Polskich.
5. Udział Polski w Międzynarodowym Zjeździe Psychiatrów w 1950 r.
6. Sprawa „Rocznika Psychiatrycznego".
7. Uzupełniające wybory do Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
8. Wolne wnioski.

1. Walne Zgromadzenie zagaił prezes doc. *J. Handelsman,* wzywając do uczczenia pamięci zmarłego członka Towarzystwa ś. p. dra *Paszkowskiego* przez powstanie i chwilę milczenia.

2. Na przewodniczącego zebrania powołano prof. *T. Bilikiewicza* (Gdańsk), na sekretarza dr *F. Zakrzewską* (Tworki). Porządek dzienny został przyjęty bez zmiany.

3. Protokół XXIII Walnego Zgromadzenia został przyjęty bez dyskusji.

4. Miejsce, termin i główne tematy Zjazdu Psychiatrów Polskich referuje doc. *J. Handelsman.* Ze względu na trudności rozmaitej natury i brak czasu na naukowe przygotowanie Zjazdu, Zarząd Główny proponuje przesunięcie terminu zjazdu do Zielonych Świąt 1949 r., jak również utrzymanie bez zmiany ustalonych na zjazd tematów:

I. Współczesne naukowe kierunki w psychiatrii jako temat główny.
II. Psychiatria społeczna i jej organizacja jako temat praktyczny.

Na zaproszenie prof. *Bilikiewicza* jako miejsce zjazdu w 1949 r. ustalono Gdańsk i Kocborowo.

W dyskusji prof. *Bilikiewicz* proponuje na Zjazd Psychiatrów Polskich wybór jednego z tematów, które będą poruszane na Międzynarodowym Zjeździe Psychiatrów w 1950 r.

Po krótkiej dyskusji uczestnicy zgromadzenia wypowiedzieli się za utrzymaniem wyżej podanych, ustalonych już tematów.

5. Udział Polski w Międzynarodowym Zjeździe Psychiatrów w 1950 r. referuje dr *Jełowicki*, sekretarz Polskiego Narodowego Komitetu Przygotowawczego do Międzynarodowego Kongresu Psychiatrycznego.

Dnia 29.6.1947 r. z inicjatywy Prezesa Zarządu Głównego P. T. P. prof. *Jana Mazurkiewicza* zostalo zwolane posiedzenie Zarządu Głównego T-wa wraz z przedstawicielami Zarządów oddziałów prowincjonalnych T-wa.

Na zebraniu prof. *Mazurkiewicz* ogłosił treść listu dra *Ey*, sekretarza Tymczasowego Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Kongresu Psychiatrycznego, zawiadamiającego Prezesa P. T. P. o mającym odbyć się w Paryżu międzynarodowym Kongresie Psychiatrycznym.

Dr *Ey* prosił o powiadomienie go, czy P. T. P. ukonstytuuje Komitet Narodowy dla organizacji prac przygotowawczych do Kongresu, oraz czy wydeleguje swych przedstawicieli do Paryża na zebranie przygotowawcze do Kongresu, które mialo się odbyć w październiku 1947 r. Dr *Ey* komunikował, że zaproszenie oficjalne dla Polski będzie we właściwym czasie nadeslane drogą dyplomatyczną.

Zebrani ukonstytuowali Polski Komitet Narodowy przy P. T. P., do którego zostali wybrani:

1. Prof. *Jan Mazurkiewicz.*
2. Dyrektor dr *Leon Uszkiewicz.*
3. Prof. *Tadeusz Bilikiewicz.*
4. Prof. *Eugeniusz Brzezicki.*
5. Prof. *Ryszard Dreszer.*
6. Doc. *Józef Handelsman.*
7. Dr *Lucjan Korzeniowski.*
8. Prof. *Eugeniusz Wilczkowski.*
9. Dr *Włodzimierz Jełowicki.*

Dnia 3.7.1947 r. Dr *Ey* został powiadomiony przez Prof. Mazurkiewicza o ukonstuowaniu P. K. N. Przygotowawczego oraz o zgodzie na przyjęcie udzialu w pracach przygotowawczych Kongresu. Dnia 5.10.1947 r. odbylo się posiedzenie P. K. N. pod przewodnictwem dyrektora dr *Uszkiewicza.* Na tym posiedzeniu w związku z listem i kwestionariuszem nadeslanymi przez dra *Ey* zostaly zaproponowane tematy referatów na przyszly Kongres. Delegatem na zebranie Przygotowawcze został wybrany Dr *Eugeniusz Minkowski*, zamieszkaly w Paryżu, któremu zostały przesłane tematy referatów celem przedłożenia ich na zebraniu przygotowawczym. Jako tematy referatów przyszlego zjazdu wysunięte zostały następujące tezy:

Przez prof. *Mazurkiewicza:*

1. Wspomnienia zbędne jako nowy objaw w psychopatologi.
2. Neo-Jacksonizm.
3. Znaczenie odruchów warunkowych w psychiatrii.
4. Z zagadnień znużenia psychicznego, temat zgloszony przez prof. *Janinę Hurynowicz.*
5. Sprawa ujednostajnienia klasyfikacji w Psychiatrii — przez doc. *Handelsmana.*

6. Zaburzenia psychiczne na skutek zatruć i zakażeń — przez prof. *Mazurkiewicza.*
7. Nowoczesne metody leczenia w psychiatrii — przez dra *Uszkiewicza.*
8. Straty i doświadczenia psychiatrii polskiej w czasie wojny 1939 — 45 — przez dra *Jełowickiego.*
9. Znaczenie dziedziczności w psychiatrii — przez dra *Uszkiewicza.*
10. Organizacja i zadania higieny psychicznej w Polsce.

Komitet wyraził życzenie, aby jeden z Vice-Prezydentów Kongresu został wybrany z grona Polaków. Zaproponowano, aby językami oficjalnymi Kongresu były języki: francuski, angielski, rosyjski.

Zdecydowano, że zgodnie z propozycją Komitetu Organizacyjnego Kongresu zostaną utworzone sekcje naukowe. W sprawie udziału w ponoszeniu wydatków komitet wyraził zasadniczo zgodę partycypowania w ponoszeniu wydatków z zastrzeżeniem, że odpowiedź definitywna w tej kwestii będzie udzielona po otrzymaniu planu finansowego Kongresu.

Po śmierci Przewodniczącego P. K. N. przygotowanego do Międzynarodowego Kongresu Psychiatrycznego prof. *Jana Mazurkiewicza* obowiązki Przewodniczącego czasowo pełni doc. *J. Handelsman.*

O śmierci prof. *Mazurkiewicza* powiadomiono Komitet Organizacyjny Zjazdu, który w liście z dnia 16.2.48 r. podał, że z uczuciem żalu dowiedział się o śmierci prof. *Mazurkiewicza.*

Dnia 1.3.1948 r. Sekretarz Generalny Komitetu Organizacyjnego Dr *Ey* listem prosił o jaknajszybsze podanie ostatecznie ustalonych tematów referatów na Kongres.

Wobec trudności zebrania członków P. K. N. w szybkim czasie, kwestionariusze zostały do nich przesłane z prośbą o dokonanie wyboru zgodnie z zawartymi w kwestionariuszach tezami.

Doktorowi *Ey* zostały zakomunikowane, jako prowizoryczne następujące tematy:

1. Psychopathologie du délire.
2. Critique des fondements de la neuropathie.
3. Anatomo-phisiologie cérébrale á la lumierė de la lobothomie.
4. Indication des méthodes de choc.
5. Médecine psychosomatique de l'appareil directif.
6. Evenements de guerre et psychiatrie.

Na zebraniu Przygotowawczym w Paryżu zostały przyjęte następujące postanowienia:

1. Utworzono Międzynarodowy Komitet Kongresu, który przelał swe pełnomocnictwa organizacji Kongresu na francuski Komitet Organizacyjny.
2. Kongres odbędzie się w Paryżu w 1950 r.
3. Językami oficjalnymi Kongresu będą: francuski, angielski, hiszpańskich i rosyjski — w razie wzięcia udziału w Kongresie przez Związek Radziecki.
4. Ustalono kwotę 165 dolarów jako składkę roczną Kongresu przypadającą od każdego Komitetu Narodowego.

Dr *Ey* prosi o powiadomienie kto został wybrany na Przewodniczącego P.K.N. oraz o składzie Sekcji, które powinny być przez P. K. N. zorganizowane.

Sekcje te mają być następujące:

1. Psychopatologii ogólnej.
2. Psychiatrii klinicznej.
3. Anatomo-fizjo-patologii układu nerwowego.
4. Terapii biologicznej.
5. Psychoterapii psychoanalizy i medycyny psychosomatycznej.
6. Psychiatrii społecznej.
7. Psychiatrii dziecięcej.

Dr *Ey* podał nazwiska francuskich Przewodniczących Sekcji. Przewodniczącym sekcji psychopatologii ogólnej jest dr *Minkowski*.

Dotychczas zgłoszone zostały do Kongresu następujące tematy referatów:

Prof. *Bilikiewicz:* Critique des fondements de la nosographie.

Prof. *Wilczkowski:* Zagadnienie patologiczne w zaburzeniach psychicznych reaktywnych. O psychochemicznych odruchach we krwi u ludzi i zachowaniu się ich u chorych psychicznie.

Profesor *Brzezicki* zakomunikował, że interesują go natsępujące tematy: Genetyka psychiatryczna. Typologia konstytucjonalna. *Amentia.*

Dnia 24.4. odbyło się posiedzenie P. K. N., na którym przewodniczącym Komitetu został jednogłośnie wybrany doc. *J. Handelsman* i członkiem prof. *Grzywo-Dąbrowski*. Postanowiono przyjąć definitywnie wysunięte przez P. K. N. na posiedzeniu administracyjnym 14.3.48 r. tematy na Kongres Międzynarodowy w Paryżu. Przystąpić do organizacji sekcji naukowych. Wejść w kontakt celem osiągnięcia porozumienia z Komitetem Organizacyjnym Kongresu w sprawach udziału finansowego i dalszych prac przygotowawczych do Kongresu.

6. Doc. *Handelsman* zreferował sprawę Rocznika Psychiatrycznego. Dotychczasowe nieukazanie się R. P. było poważnym brakiem w pracy Zarządu. Trudności będą przezwyciężone dzięki obiecanemu poparciu Ministerstwa Zdrowia. Rocznik Psychiatryczny będzie wydawany przez Wydawniczy Instytut Lekarski jako jedyne pismo psychiatryczne. Wobec tego faktu R. P. będzie zawierał obok prac archiwalnych i oryginalnych również streszczenia z prac zagaranicznych.

Przygotowany już pierwszy numer zawierać będzie prace ze zjazdu 1945 r.

W odpowiedzi na liczne pytania doc. *Handelsman* oznajmia, że ze względu na brak miejca nie wszystkie prace ze zjazdu 1945 r. ukażą się w pierwszym numerze R. P. Pierwszeństwo mają prace dotyczące zbrodni hitlerowskich wobec psychiatrii polskiej, inne natomiast ukażą się w następnym numerze. Pojemność jednego zeszytu będzie wynosiła 160 stron z czego 100 stron zarezerwowano dla prac oryginalnych, z których niektóre będą skracane przez redakcję po porozumieniu się z autorem lub z Zarządem.

Uzupełniające wybory do P. T. P. referuje dr. *Kaczanowski*. Zgodnie z art. 16 statutu P. T. P. co rok dwóch członków Zarządu Głównego ustępuje drogą losowania. Na zebraniu Zarządu Głównego z dnia 24.4. br. wylosowano, jako ustępujących członków, prof. *Brzezickiego* i prof. *Dreszera*, na miejsce których Walne

Zgromadzenie powinno wybrać 2 nowych członków. W związku ze śmiercią Prezesa Zarządu Głównego ś. p. prof. *Jana Mazurkiewicza*, Zarząd dokooptował 2 nowych członków w osobach dr *Korzeniowskiego* i dr *Kaczanowskiego*. Kooptację tę doc *Handelsman* uzasadnia koniecznością utrzymania w Zarządzie Głównym 4 członków z W-wy. To powiększenie ilości członków do 9 wymaga kwalifikowanej większości członków P. T. P.

Nad tym punktem porządku dziennego wywiązała się ożywiona dyskusja, w której wzięli udział: doc. *Stryjeński*, dr *Malinowski*, dr *Gallus*, dr *Kaczanowski*, prof. *Wilczkowski*, doc. *Handelsman*. Na wniosek prof. *Wilczkowskiego* zostają jednomyślnie ponownie wybrani prof. *Brzezicki* i prof. *Dreszer*. Za podniesieniem ilości członków Zarządu Głównego do 9 głosują wszyscy, poza 2 obecnymi.

Zebrani jednomyślnie zatwierdzają kooptację dra *Korzeniowskiego*, dra *Kaczanowskiego* i dra *Kostkiewicza*.

8. Wolne wnioski.

Dr *Malinowski* proponuje, by wobec nie odbywającego się w tym roku krajowego zjazdu, urządzać w tym roku regionalne zjazdy psychiatrów.

Prof. *Bilikiewicz* proponuje zaapelować w tym sensie do oddziałów.

Dr *Gallus* apeluje, wobec braku lekarzy-psychiatrów, do profesorów i do P.T.P. by zachęcali lekarzy do psychiatrii.

Prof. *Wilczkowski* w odpowiedzi stwierdza, że obecny brak lekarzy-psychiatrów jest tylko zjawiskiem przejściowym, które przestanie istnieć za kilka lat.

9. Przewodniczący zamknął nadzwyczajne zgromadzenie, dziękując obecnym za udział w obradach.

(—) Dr F. Zakrzewska *(—)Prof. Dr T. Bilikiewicz*

SPRAWOZDANIE

z działalności Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego za czas od stycznia 1946 r. do grudnia 1948 r.

Oddział Warszawski wznowił swoją działalność w styczniu 1946 r. Oddział Warszawski liczy obecnie 40 członków. Od 1939 r. ubyło członków 76, przybyło 7.

Posiedzeń naukowych odbyło się w Państwowym Szpitalu w Tworkach, w tym jedno poświęcone uczczeniu 50 lecia pracy naukowej i lekarskiej ś.p. prof. *Jana Mazurkiewicza* i jedno poświęcone uczczeniu pamięci ś. p. *Witolda Łuniewskiego*.

Wygłoszono ogółem 20 odczytów, dokonano 11 pokazów przypadków, w tym 1 pokaz anatomiczny. Jedno z posiedzeń poświęcone było pokazowi elektroencefalografu z omówieniem jego budowy oraz omówieniem zastosowania klinicznego elektroencefalografii.

Frekwencja na posiedzeniach: 15 — 80 osób.

Posiedzenia oddziału były następujące:

Dn. 23.1.46 r.

1. *J. Mazurkiewicz: Omamy w świetle dysolucji.*
2. Sprawy organizacyjne Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. (Sprawozdanie sekretarza i skarbnika oraz wybory nowego Zarządu O. W.).

   Wybrani: przewodniczący — *J. Handelsman* zastępca przewodniczącego — *F. Dębski,* sekretarz — *L. Sembratowicz-Uszkiewicz.*

Dn. 27.2.46 r.

1. *H. Heflich:* Zaburzenia psychiczne w przypadku nowotworu mózgu.
2. *A. Drath:* Chronaksja przedsionkowa w patologii psychiatrycznej a zwłaszcza w porażeniu postępującym.
3. *J. Krasowska:* Pokaz przypadku sądowego.
4. *B. Goroszeniuk:* Przypadek dziurowatego zaniku mózgu u schizofrenika.

Dn. 28.4.46 r.

1. *A. Drath:* Przypadek niezwykłej reakcji na wstrząs elektryczny.

Dn. 23.6.46 r.

Posiedzenie poświęcone uczczeniu 50 lecia pracy naukowej i lekarskiej Prof. *J. Mazurkiewicza.*

Przemówienie powitalne wygłosił Doc. *Handelsman.*

1. *A. Opalski:* Zagadnienie patogenetyczne objawów ruchowych u chorych psychicznie.
2. *M. Kaczyński:* Odruchy warunkowe w psychiatrii.
3. *R. Dreszer:* Sugestywność z punktu widzenia teorii ewolucji.
4. *J. Handelsman:* W sprawie kalsyfikacji psychiatrycznej.

Dn. 3.11.46 r.

1. *S. Jaroszyński:* Układ hierarchiczny tendencji w psychopatii.
2. *H. Zajączkowski* i *Rzepko:* 2 przypadki schizofrenii dziecięcej.
2. *H. Zajączkowski:* Trwały pokój i postęp społeczny jako zagadnienie psychiatryczne.

Dn. 30.3.47 r.

Posiedzienie poświęcone uczczeniu pamięci ś.p. *Witolda Łuniewskiego.*

1. *J. Handelsman: Witold Łuniewski.*
2. *J. Mazurkiewicz: Witold Łuniewski* jako pracownik naukowy.
3. *F. Kaczanowski: Witold Łuniewski* jako dyrektor Szpitala w Tworkach.
4. *R. Dreszer.* Zagadnienie poczytalności zmniejszonej.

Dn. 9.11.47 r.

Część I.

1. *J. Krasowska:* Pokazy chorych z objawem zbędnych wspomnień.
2. *A. Drathówna:* Przypadek zatrucia czteroetylkiem ołowiu.
3. *L. Sembratowicz-Uszkiewiczowa:* 2 przypadki zaburzeń psychicznych po zatruciu pastą do podłóg.

Część II.

Sprawy organizacyjne Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Sprawozdanie sekretarza, referowanie przez przewodniczącego Oddziału Doc. *Handelsmana* sprawy przygotowań do Międzynarodowego Zjazdu Psychiatrów w 1950 r., oraz wybory nowego Zarządu O. W.).

Wybrani:

Przewodniczący — Doc. *J. Handelsman.*
Zastępca przewodniczącego — Doc. *M. Kaczyński.*
Sekretarz — Dr *L. Sembratowicz-Uszkiewiczowa.*

Dn. 21.3.48 r.

1. Inż. *J. Keller* — Zasady budowy elektroencefalografu.
2. *W. Semadeni:* Kliniczne zastosowanie elektroencefalografii.
3. Pokaz elektroencefalografu.

Dn. 9.5.48 r.

1. *M. Bornsztajn:* Nowy sposób leczenia schizoferenii.
2. *L. Korzeniowski:* Leukotomia jako nowa metoda leczenia chorób psychicznych.

Sekretarz
(L. Sembratowicz-Uszkiewiczowa)

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU ORGANIZACYJNEGO

Oddziału Gdańsko Pomoskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbytego w Gdańsku, w dniach 22 — 23 marca 1947 r.

W wykonaniu zlecenia I powojennego Zjazdu Ogólnopolskiego Psychiatrów Polskich, który się odbył w Tworkach pod Warszawą w listopadzie 1945 r. Komitet Organizacyjny dla wznowienia działalności Oddziału Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w osobach prof. dr *Serlaczek-Komorowskiego Ludomira* zwołał Zjazd Organizacyjny tego Oddziału do Gdańska na Klinikę Psychiatryczną Akademii Lekarskiej na dzień 22 i 23 marca 1947 r.

Z zaproszonych na Zjazd kolegów przybyło 17 osób, pracujących na terenach województw Gdańskiego, Pomorskiego i Olsztyńskiego.

Przyjęto przez aklamację postanowienie wznowienia pracy dawnego Oddziału Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, ze zmianą nazwy na Oddział Gdańsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Wybrano Zarząd w następującym składzie:

Prezes — prof. dr *Bilikiewicz Tadeusz.*

Wiceprezes — dr *Jaroszewski Zdzisław.*

Członkowie Zarządu — Dr *Januszewicz Zygmunt,* Dr *Kanigowski Zygmunt.*

Skarbnik — Dr *Malinowski Adolf.*

Komisja Rewizyjna: Przewodniczący — dr *Wiktor Janusz. Członkowie* — dr *Baniewicz Napoleon,* dr *Sikorska Aurelia.*

Obrady: dr *Janusz W.:* „Sprawa utworzenia Szpitalnego Oddziału Psychiatrycznego“ na Wybrzeżu.

Referent, omówiwszy obszernie stosunki opieki nad psychicznie chorymi w okresie przedwojennym i obecnym w Polsce, podkreśla, że dla Województw: Gdańskiego, Pomorskiego i Szczecińskiego rozporządzamy tylko 934 łóżkami psychiatrycznymi. Uważa to za ilość niedostateczną i proponuje utworzenie Centralnego Zakładu Psychiatrycznego w naszym województwie, który zorganizowałby w większych miastach stacje dla ostrych przypadków i powołał do życia opiekę pozazakładową nad psychicznie chorymi. W zakładzie tym winny się znaleźć specjalne oddziały dla narkomanów, osób tzw. nerwowo chorych (psychonerwic) oraz dzieci do lat 14—15 ze szkółką, salą zajęć i ćwiczeń cielesnych.

Dyskusja: dr *Jaroszewski Z.* (Kocborowo) podkreśla, że Wybrzeże na brak łóżek psychiatrycznych właściwie skarżyć się nie może, gdyż praktycznie Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Kocborowie może pomieścić do dwu tysięcy chorych, jak to miało miejsce przed wojną. Problem psychiatryczny na Wybrzeżu ogranicza się do zagadnienia udzielania doraźnej pomocy psychiatrycznej i transportu chorych do Kocborowa.

Do najważniejszych potrzeb psychiatrycznych zaliczyć poza tym należy brak psychiatrów, który daje się także odczuwać i w Kocborowie.

Dyr. dr *Januszkiewicz* uważa również za nierealne zakładanie nowego szpitala, gdy istniejące szpitale cierpią na brak chorych, zwłaszcza, że dzięki postępom psychiatrii okres przebywania chorych w zakładzie zostaje wybitnie skrócony.

Za niezbędne natomiast uważa tworzenie stacji przejściowych.

Dr *Baniewicz* (Bydgoszcz) wyróżnia dwa dążenia: 1) wypełnienia szpitali chorymi i 2) zapewnienia psychicznie chorym należytej opieki i leczenia. Założenie stacji przejściowych mogłoby odegrać tu dużą rolę, nie jest jednak tak łatwym zadaniem, jakby się to wydawało, ze względu na brak psychiatrów oraz lekarzy psychiatrów przy Woj. Urzędach Zdrowia, gdzie o psychicznie chorych jakby nie chciano myśleć.

Dr *Kanigowski* (Olsztyn) przedstawia stosunki na terenie woj. Olsztyńskiego, skąd odsyłają wprawdzie lekarze chorych do zakładu, lecz trudności komunikacyjne powodują zazwyczaj pozostawanie ich w domu. Ilość psychicznie chorych na terenie tego województwa, choć jej cyfrowo ująć nie można, jest dość znaczna, dlatego bardzo pożądane byłoby utworzenie stacji przejściowej na terenie Olsztyna.

Prof. dr *Bilikiewicz* (Gdańsk), podkreśliwszy trudności pełnienia przez Klinikę Psychiatryczną w A. L. funkcji stacji przejściowej, którą jednak w pewnej mierze Klinika pełni, zwraca się z zapytaniem do Nacz. Wydz. Zdrowia Urz. Wojew., czy urząd ten widzi jakieś realne sposoby zaradzenia omawianym trudnościom.

Dr *Janusz W.* (Gdynia) podkreśla niebezpieczeństwo szerzenia się narkomanii. Narkomani nie chcą zgłaszać się do Kocborowa jako do szpitala psychiatrycznego, gdyż pozostawia to już na ich opinii stałe piętno. Duże trudności przedstawiają również ostre stany psychotyczne, których odsyłanie do Kocborowa ze względu na znaczną odległość jest utrudnione.

Z tych względów otwarcie Szpitala Psychiatrycznego w Wejherowie przyczyniłoby się do podniesienia stanu zdrowotności psychicznej na Wybrzeżu, zabezpieczając nie tylko Gdynię, lecz i Szczecin nie posiadający w swym zasięgu żadnego szpitala psychiatrycznego.

Naczelnik, dr *Neyman* stwierdza, że referat dr *Janusza* przedstawił smutny obraz sytuacji psychiatrycznej na Wybrzeżu, Rozwiązania trudności nie należy jednak szukać w stworzeniu nowego szpitala psychiatrycznego, co finansowo jest zupełnie nierealne, lecz w zwiększeniu ilości łóżek etatowych w istniejących już zakładach, o ile tego zachodzi potrzeba.

Trudności w odtransportowywaniu chorych do Kocborowa czy do ewentualnego szpitala w Wejherowie byłyby te same, a w stanie dzisiejszym można je będzie usunąć po porozumieniu się z prymariuszem dr *Jaroszewskim* i Kliniką Psychiatryczną A. L. G.

Dr *Jaroszewski* podkreśla, że budynki w Wejherowie, przewidywane przez referenta na pomieszczenie szpitala psychiatrycznego, są obecnie zajęte przez Zakład

Dla Dzieci Trudnych do Wychowania i Wojsko, co również nie ułatwiłoby tworzenia nowego szpitala.

Prof dr *Bilikiewicz* stwierdza, że wysunięcie bolączek Służby Zdrowia w zakresie psychiatrii na naszym terenie było rzeczą pożyteczną, aczkolwiek nie widać w tej chwili konkretnych możliwości zaradzenia złu.

Na wniosek kol. prezesa uchwalono jednomyślnie propozycję Dr *Neymana:* „Zebrani upoważniają Zarząd do podjęcia rozmów z Woj. Urzędami Zdrowia na terenie Towarzystwa dla rozwiązania problemu opieki nad psychicznie chorymi".

Dr *Janusz:* „Hematoporfiryna (fotodyna) w leczeniu stanów posępniczych na tle 100-letniej rocznicy urodzin *Marcelego Nenckiego*" *).

Referent ofiarował do zbiorów Muzeum Historii Medycyny A. L. G. z okazji I-go Zjazdu Oddziału Gdańsko-Pomorskiego Tow. Psychiatrycznego plakat z bronzu, odtwarzający pomnik Marcelego Nenckiego, ofiarowany Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie przez Komitet X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w 1907 r.

Dr *Sedlaczek-Komorowski:* „Schizofrenia i oneirofrenia w poglądach *Meduny*".

Referent podkreśla, że Meduna stwierdza szereg wypadków rozpoznawanych jako schizofrenia, a wykazujących tylko zaburzenia afektu i kojarzenia, przy równoczesnym zupełnie wyraźnym zajęciu także i sensorium. W przypadkach tych o ostrym lub podostrym początku występuje zazwyczaj wzmożona leukocytoza, upośledzenie spalania cukru, zmniejszenie odporności na insulinę oraz nadmierne wydzielanie w moczu czynnika antyinsulinowego. Dają one częste remisje samorzutne, a przy leczeniu jedną ze stosowanych obecnie metod wstrząsowych duży odsetek wyleczeń.

Przypadki te wydziela *Meduna* pod nazwą oneirofrenii.

Dyskusja: prof. *Bilikiewicz* wspomina o wydzielaniu w Niemczech hitlerowskich zespołów, wywoływanych przez czynniki zewnętrzne niedziedziczne, jako „Schizophrene Zustandsbilder", „Schizophrenieähnliche Zustandsbilder" — co było ważne w związku z ustawą sterylizacyjną. Wyodrębnienie przez *Medunę* tego rodzaju stanów w osobną jednostkę chorobową wydaje się słuszne, wymaga jednak dokładnej kontroli.

Dr *Malinowski* podkreśla wysuwane już przed *Meduną* pojęcia stanów snopodobnych, które chorzy pamiętają jedynie „jak przez mgłę". Ocena, uzależniona od przebiegu schorzenia i jego zejścia, wymaga krytycznego przyjmowania tej nowej jednostki chorobowej oraz badań i obserwacji kontrolnych.

Dr *Baniewicz* uważa, że dużą rolę musi odgrywać osobowość chorego przed zachorowaniem. Na czynnik ten zwraca uwagę i *Bleuler.* Przypuszczalnie osobowość ma znaczenie w procesie cofania się objawów schizofrenicznych.

Dr *Jaroszewski* podnosi trudności rozpoznawcze, gdy rozpoznanie mamy stawiać dopiero po zejściu choroby, a nie, jak zwykle, w jej początkach. Stanowisko zajęte przez *Medunę* przypomina stanowisko polskiego psychiatry dr *Piotrowskiego* z Dziekanki, który rozpoznanie ostateczne: schizofrenia — przyjmował dopiero po roku, gdy wystąpiły zmiany osobowości; wydzielał on w ten sposób sprawy ostre od przewlekłych.

---

*) Przeznaczone do druku.

Prof. *Bilikiewicz* wysuwa twierdzenie, że mamy tu do czynienia z nawarstwianiem się różnych zespołów chorobowych, np. oneirofrenii na porażenie postępujące. Tym tylko można tłumaczyć uzyskiwane efekty lecznicze przy zastosowaniu elektrowstrząsów u paralityków; usuwają one nawarstwienie schizofrenopodobne i pozostaje właściwy proces porażeniowy, wymagający już leczenia malarią i specyficznego.

Dr *Sikorska* przypomina, że obrazy, odpowiadające podanym przez prelegenta objawom oneirofrenii, spotyka się przy zaburzeniach psychicznych w przebiegu chorób infekcyjnych i na tle zatruć; ustępują one wraz z ustąpieniem choroby zasadniczej. Widocznie oneirofrenię musi wywoływać jakiś czynnik egzogeniczny.

Dr *Piotrowska* podkreśla ważność nawarstwienia się jednostek chorobowych gdyż w podłożu nawarstwień, leży czynnik genetyczny. Według *Adlera*, wskutek długoletniego istnienia ludzkości, nikt nie jest wolny od małowartościowości tych czy innych narządów, których kombinacje ujmowano dotychczas jako pewne anomalie konstytucjonalne. Zwrócenie na to uwagi może mieć znaczenie i w psychiatrii.

Dr *Malinowski* wspomina wysuwaną przez *Bornsztajna* tzw. „schizofrenę reaktywną", mijającą bez pozostawienia żadnych śladów. Przy takim stanie reaktywnym dadzą się jednak wyraźnie ustalić czynniki psychiczne zewnętrzne, uzasadniające reakcję chorobową, gdy przy oneifrenii brak tego rodzaju czynników.

Prof. *Hurynowiczówna* stwierdza zawiłość poruszanego zagadnienia, w którym wchodzą w grę: 1) wrodzone podłoże i 2) zespoły schizofreniczne, pojawiające się po działaniu czynników egzogenicznych. Możliwe, że przy działaniu wirusów neurotropowych zostaje zaatakowany układ wegetatywny; w ten sposób w oneirofrenii mielibyśmy jednostkę chorobową związaną z pewnymi odcinkami mózgu.

Dr *Sikorska*, jako przykład możliwości nawarstwień tego rodzaju zespołów, przypomina występujący niejednokrotnie po ciężkim durze zespół depresyjny, będący w tych przypadkach wyraźnym przyczynkiem do zakażenia.

II POSIEDZENIE DN. 23.3.1947 R.

Dr *Malinowski Adolf*: „Technika i wskazania nakłuć podpotylicznych (z pokazami) *).

Dyskusja: dr *Baniewicz* podaje, że na dużą ilość nakłuć podpotylicznych, wykonywanych od 1930 r. nie miał ani jednego powikłania. Najchętniej stosuje technikę *Eskuchena*.

Prof. dr *Jakimowicz* opowiada się również za techniką *Eskuchena* jako najbezpieczniejszą. Lansowanie na większą skalę nakłucia podpotylicznego uważa za niemożliwe, gdyż wymaga ono dużego doświadczenia lekarskiego, stąd zabieg ten winien być wykonywany tylko w klinice lub szpitalu. Stanowczo nie powinno się w tym nakłuciu wykonywać odmy, uniemożliwiającej zachowanie spokoju. Za bezpieczniejsze uważa wykonywanie zabiegu w pozycji leżącej, niż siedzącej, umożliwiającej swobodniejsze ruchy głowy, a co za tym idzie bardziej ryzykownej. Niebezpieczeństwa tego nakłucia są znacznie większe, niż na to wskazuje statystyka, gdyż nikt nie chwali się złą statystyką. Igły, stosowane przy tym zabiegu, winny być lekkie i krótko ścięte.

*) Ogłoszono drukiem: ‚Przegląd Lekarski". R. IV. Ser. II. Nr 8 (1948).

Dr *Kanigowski* wspomina przedwojenne nastawienie do tego zabiegu na klinikach wileńskich, z których Klinika Psychiatryczna stosowała zabieg ten często. Sposób *Eskuchena* uważa za nieprzyjemny, brutalny, dający często odczyn wagotoniczny, omdlenia i wymioty.

Dr *Januszkiewicz* radzi, aby pierwsze przebicie skóry wykonać jak najszybciej, natomiast przy zbliżaniu się do membrany wkłuwać igłę powoli.

Prof *Bilikiewicz* zaznacza, że przy nakłuciu tym dla poprawy stosunków anatomicznych winna głowa być trzymana prosto, by kark był napięty, a broda jak najsilniej przyciśnięta do piersi, przez co uzyskuje się odpowiednie napięcie *membranae atlantooccipitalis,* co ułatwia jej przebicie. Niebezpieczeństwa tego zabiegu nie są tak groźne jak niektórzy sądzą, a to, co powiedziano o nieogłaszaniu statystyk ujemnych, odnieść należy zarówno do nakłuć podpotylicznych, jak i lędźwiowych, przy których zdarzają się również — i to wcale często w porównaniu z nakłuciem podpotylicznym — wypadki śmiertelnych powikłań. Bardzo ważne jest należyte opanowanie techniki nakłucia, gdyż tu właśnie tkwi główne źródło niebezpieczeństw.

Prof. *Jakimowicz* uważa, że niebezpieczeństwo powikłań istnieje przy obu technikach nakłuć. Za jedyne przeciwskazanie do nakłuć uważać należy guzy tylnej jamy czaszkowej. Ważnym jest zwrócenie uwagi na bóle głowy, wymioty, stan dna oczu. Przyznaje, że nakłucie podpotyliczne jest bardziej eleganckie, dyskretne, subiektywnie mniej dolegliwe, co jednak nie usprawiedliwiałoby zabiegu bez należytego opanowania techniki.

Dr *Sikorska* uważa, że przy użyciu cienkich igieł można i nakłucia lędźwiowe wykonywać ambulatoryjnie, podobnie jak nakłucia podpolityczne.

W odpowiedzi dr *Malinowski* podkreśla, że wygodny uchwyt typu igły, stosowany do nakłuć podpotylicznych na Klinice Psychiatrycznej A. L. G., umożliwia szybkie wkłucie jej, co ze względu na bolesność, ograniczającą się właściwie do tego tylko momentu, ma duże znaczenie dla chorego; nie wydaje się, by ciężar uchwytu odgrywał rolę w przebiegu zabiegu.

Za wykonywaniem nakłucia podpolitycznego przemawia: 1) masowe wykonywanie nakłuć, 2) konieczność wykonywania nakłuć u chorych niespokojnych, którzy napewno nie będą po nakłuciu spokojnie na wznak leżeli, jak tego wymaga nakłucie lędźwiowe. Sprawy organiczne stanowią mniejsze przeciwwskazanie w nakłuciu podpotylicznym, niż lędźwiowym. Co do techniki nakłucia to kilkakrotne nakłuwanie tkanek przy sposobie *Eskuchena,* powodujące pojawianie się w płynie domieszki krwi, czyni zagieg mniej wskazanym.

Prof. dr *Hurynowiczówna Janina:* „O mechanizmach subordynacyjnych czynności w układzie nerwowym".

Pojęcie impulsu nerwowego, jako pewnej części zjawiska pobudliwości, przechodziło szereg różnorodnych doświadczalnych interpretacyj. Ostatnio kwestia ta, ujmowana przez *Lapicque'ów* i *Chaucharda* w teorię mechanizmów subordynacyjnej chronaksji, rzuca nowe światło na te zjawiska: prawidłowa czynność układu nerwowego w odruchach, przekazywaniach impulsów nerwowych w ekstero-intero-proprioceptywnych i efektownych przejściach w ustroju, jest uwarunkowana egalizacją na danym torze czynnościowym chronaksyj konstytucyjnych, obwodowych i ośrodkowych przez przetworzenie ich na tzw. chronaksje subordynacyjne. Regu-

lowanie i nastawianie się na odpowiedni izochronizm (w jego różnorodnych odmianach) poszczególnych ogniw skomplikowanych neuronowych łańcuchów czynnościowych, jest uwarunkowanym mechanizmem specjalnych tzw. ośrodków subordynacyjnych, zlokalizowanych w *mesencephalon* (okolicy *nucleus ruber*), rdzeniu przedłużonym i rdzeniu — z nadrzędnym regulatorem — móżdżkiem. Sam mechanizm tej subordynacji jest związany z tzw. „action somatagéne du pericaryone i ujęty w elektrotonusową teorię czynności komórki nerwowej. Doświadczenia laboratoryjne na zwierzętach, obserwacje kliniczne na ludziach w różnorodnych schorzeniach układu nerwowego, zdają się potwierdzać skuteczność tych hypotez. W ślad za tym wyłoniły się bardzo ciekawe, nowe interpretacje takich zagadnień, jak zagadnienia schorzeń polineurytycznych, awitaminoz, schizofrenii epilepsii, narkozy i snu. Te precyzyjne mechanizmy mogly być uchwycone i wyodrębnione dzięki metodzie chronaksji.

Dyskusja: prof. *Jakimowicz* podkreśla konieczność dalszych badań chronaksji, ważnej dla zrozumienia skomplikowanego zagadnienia warunkowania ruchów. Osobiście ma wrażenie, że ośrodki wegetatywne na dnie komory trzeciej są nadrzędne nad ośrodkami w *mesencephalon*. Schizofrenia zdaje się być schorzeniem zależnym od dysfunkcyj tych ośrodków i kory. U zwierząt ośrodki te znajdują się w *nucleus ruber*, u czlowieka ustępuje on innym polom przy czym zaznaczyć należy, że mózgi nie są identyczne, gdyż różne jest ich zencefalizowanie.

Prof. *Bilikiewicz* podnosi znaczenie dla psychiatrii badań z zakresu chronaksji, Na podstawie dotychczasowych badań wydaje się, że jaźń i świadomość należy wiązać z pniem mózgu, natomiast wyższe funkcje wiążą się z korą mózgową.

W odpowiedzi prof. *Hurynowiczówna* wyjaśnia, że elementem regulacyjnym jest móżdżek, na który dotychczas za mało zwrócono uwagi. Ma on ośrodki regulacyjne, czuciowe i wegetatywne, bierze wyraźny udział w objawach zmęczenia. Co do ośrodków subordynacyjnych, te znajdują się w *nucleus ruber*, nadrzędne w móżdżku.

Dr *Baniewicz Napoleon*: „Stany schizofreniczne w przypadkach pierwotnego zapalenia mózgu". (*)

Dyskusja: prof. Bilikiewicz zwraca uwagę, że opisane przez prelegenta stany majaczeniowe, niejasne, omawiane już przez *Bleulera*, w obecnej nomenklaturze *Meduny* mają nazwę oneirofrenii.

Dr *Jaroszewski* podkreśla, że w omawianym przypadku chodzilo zapewne o zapalenie mózgu z objawami pląsawicznymi. Bardzo ważną rolę odgrywa tu obarczenie dziedziczne. Sam widywal przypadki grypy z lokalizacją mózgową, z następowymi objawami pląsawiczymi, które ustąpiły i psychotycznymi, utrzymującymi się, przedstawiającymi obraz jakby niepowiązany z osobowością chorego; dokladne rozpoznanie omawianego przypadku nie zostalo ustalone. Przypomina epidemię odry w Warszawie, ze zmianami encefalitycznymi, po której w 3 miesiące w szeregu przypadków pojawily się zmiany osobowości przypominające schizofrenię, ujmowane przez *Dreszera* nazwę „zmiany poencefalityczne", z charakterystyczną przemianą osobnika zdolnego w tępego, stuporowatego, negatywistycznego, z częstymi stereotypowymi ruchami glowy. Niejednokrotnie kończyly się one śmiercią.

(*) Ogloszono drukiem: Nowiny Lek. Nr 19 — R. 1947.

Dr *Malinowski* zaznacza, że omawiane problemy łączą się z zagadnieniem, czy czy schizofrenia ma podłoże czynnościowe, czy organiczne. Badania i obserwacje nad zapaleniami mózgu zdają się przemawiać za podłożem organicznym tego schorzenia. Podobne obrazy spotyka się również i w schorzeniach kiłowych.

W odpowiedzi dr *Baniewicz* mówi, że nazwę schizofrenii należałoby zachować dla tej jednostki, którą *Meduna* ujmuje jako *schisophrenia vera*, inne, przypominające schizofrenię należy, wg *Bleura* ujmować jako „stany schizofrenopodobne."

Prof. *Hurynowiczówna* zwraca uwagę na literaturę rosyjską o encefalitach, mających tam niekiedy charakter endemiczny. W badaniach tych podkreślono encefality pogrypowe z objawami psychicznymi już to cyklotymicznymi, już to schizofrenopodobnymi. Również w kilka lat po wyzdrowieniu występują jakby nawroty o charakterze schizofrenicznym. Przypadki te autorowie sowieccy ujmują jako stany schizofreniczne, związane ze specjalnym virusem, odznaczającym się neurotropią do specjalnych części mózgu.

Prof. Dr *Bilikiewicz Tadeusz:* „Sodoku w leczeniu porażenia postępującego".

Po przedstawieniu danych z piśmiennictwa, prelegent podaje w ogólnym zarysie dane kliniczne dotyczące naturalnego oraz szczepiennego sodoku, po czym omawia własne spostrzeżenia nad przypadkami, które leczył w Kocborowie tuż przed wybuchem wojny i w pierwszych miesiącach okupacji. Badania nie zostały ukończone gdyż hitlerowcy pozabijali chorych, a hodowlę białych szczurów i myszy zniszczyli, wskutek czego szczep sodoku wygasł. W ten sposób spostrzeżenia ograniczają się do stosunkowo niewielkiej liczby przypadków (27), chorych przeważnie poprzednio już leczonych zimnicą. Wyniki własne przedstawiają się jak następuje:

Zaszczepiono ogółem 27 chorych, z tego

Niemcy zamordowali przed wystąpieniem osutki	2
Paralysis progressiva	21
Taboparalysis	3
Tabes dorsalis	1
Razem	27

Z 25 przypadków, które można było obserwować dostatecznie długo, było:

1.	opornych na szczepienie zimnicą	3
2.	leczonych zimnicą bez wyniku (w tym 1 przyp. *tabes dors.*)	13
3.	leczonych zimnicą z niewystarczającą poprawą	8
4.	leczonych zimnicą z dobrą remisją	1
	Razem	25

Osiągnięto:	remisja	poprawa	brak poprawy	zgon	razem
w grupie 1.	2	1	—	—	3
w grupie 2.	4	3	6	—	13
w grupie 3.	—	2	5	1	8
w grupie 4.	1 (dalsza)	—	—	—	1
Razem	7	6	11	1	25

Przypadek zakończony zejściem śmiertelnym nie był poddany sekcji. Klinicznie rozpoznawano zapalenie płuc odoskrzelowe. Chory, w ciężkim stanie, został zamordowany przez Niemców, jednak prawdopodobnie i bez tego nastąpiła by śmierć.

Jak z powyższego zestawienia widać, w wielu wypadkach, w których zimnica zawiedzie, przydać się może sodoku. Dobre strony tej metody w porównaniu z leczeniem zimnicą polegają na tym, iż sodoku:

1. przyjmuje się zawsze, podczas gdy na szczepienie zimnicą niektórzy chorzy bywają oporni.
2. przebieg sodoku jest na ogół łżejszy, zużywa mniej sił chorego niż zimnica.
3. trudny do wyjaśnienia jest fakt, że czasem można uzyskać poprawę w przypadkach, w których leczenie zimnicą zawiodło.
4. sodoku przerwać można niezwykle łatwo, wystarczy do tego jedno wstrzyknięcie dożylne neosalwarsanu (0,45).
5. szczep sodoku daje się daleko łatwiej przechowywać niż szczep zimnicy, a to dzięki temu, że nośnikiem krętków jest mysz lub szczur, a nie, jak przy zimnicy, człowiek.
6. sodoku umożliwia pewne „dawkowanie", a więc zwiększenie lub osłabienie ciężkości przebiegu, mianowicie dla wzmożenia zjadliwości krętków przeprowadza się je przez organizm szczura, po czym chorzy — o ile można było spostrzec — wyżej gorączkują.
7. w przeciwieństwie do sodoku naturalnego, sodoku szczepienne zdaje się nie wykazywać własności neurotropowych, jak np. krętki *thyphi recurrentis*.
8. przy wszystkich tych dodatnich stronach, wyniki lecznicze nie są gorsze niż przy leczeniu zimnicą, jak to widać ze statystyk *Rothströma, Słomczyńskiego* i innych.

Ujemną stroną leczenia sodoku zdaje się być jedynie dłuższy czas trwania choroby, mianowicie około 6 tygodni. Śmiertelność w statystyce *Rothströma* wynosiła na 78 przypadków 11,5%, wbrew zdaniu *Dattnera i Wuhta,* którzy uważali sodoku za zakażenia cięższe niż malaria i *febris recurrens*.

Dyskusje: prof. *Hurynowiczówna* podnosi problem mechanizmu leczenia w tych przypadkach, ciekawy ze względu na podobieństwo sodoku i kiły, jeśli chodzi o szczepy, a równocześnie o antagonizm ich, wykorzystany dla celów leczniczych. Leczenie elektrotermiczne porażenia postępującego, wprowadzone przez autorów amerykańskich, zarzucono obecnie ze względu na bardzo nikłe jego wyniki, co wskazuje, że odgrywa tu rolę inny czynnik, niż samo przegrzanie ciała.

Dr *Jaroszewski* zapytuje, czy istnieją powikłania przy leczeniu tą metodą.

Dr *Leszycki* prosi o wyjaśnienie, czy po przejściu takiego leczenia nie pojawia się odporność na sodoku.

W odpowiedzi prof. *Bilikiewicz* stwierdza, że tak w literaturze, jak i w przypadkach leczonych przez siebie, nie spotkał się z powikłaniami w tym leczeniu. Odporności ono nie wywołuje, jak świadczą o tym własne jego obserwacje powtórnego szczepienia sodoku w pół roku po pierwszym leczeniu, z wynikiem dodatnim. Następnie zwiedzono Państwowy Instytut Higieny Psychicznej w Gdańsku.

Dr *Sikorska* „Zadania higieny psychicznej na Wybrzeżu". Prelegentka, kierowniczka Oddziału Gdańskiego Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej, podała iż Instytut prowadzi już poradnię dla psychonerwicowców i nerwowo wyczerpanych, dla dzieci trudnych do wychowania i prowadzenia, poradnię psychotechniczną dla wyboru zawodu ta ostatnia przeprowadziła masowe badania w jednym z gimnazjów w Gdyni oraz jednego z kursów Politechniki Gdańskiej.

Badania w poradniach obejmują nie tylko zgłaszających się o poradę, lecz i rodziny oraz środowiska w jakim badany żyje. Oddział Instytutu pracuje w kontakcie z Kuratorium Szkolnym , z Ubezpieczalnią Społeczną, pragnie promieniować na całe woj. Gdańskie i tereny sąsiednie. Dąży do otworzenia Zakładu dla dzieci trudnych do prowadzenia z odpowiednio postawioną szkołą, pracowni kliniczno-biologicznej higieny pracy. Praca instytutu jest trudna z powodu braku pracowników o wykształceniu uniwersyteckim ze specjalizacją w tym kierunku odpowiednich zakładów dla umieszczania dzieci ze skłonnościami przestępczymi, oraz należytego zrozumienia w społeczeństwie roli i znaczenia higieny psychicznej.

Prof. *Bilikiewicz* zapytuje o leczenie psychoterapią w ramach Instytutu Higieny Psychicznej, w związku z istniejącą wśród psychologów tendencją zajmowania się leczeniem przypadków, które winny pozostawać w leczeniu lekarzy, zwłaszcza gdy chodzi o wielką psychoterapię, która winna pozostawać w rękach dobrze w tej dziedzinie wyspecjalizowanych.

Prof. *Hurynowiczówna* zwraca uwagę na zagadnienia opieki pozaszkolnej. Współpracę między psychologami a psychiatrami utrudnia brak wspólnego języka, sądzi jednak, że po okresie przejściowym nastąpi wyrównanie tych trudności. W Toruniu strona psychologiczna jest oddzielona od przyrodniczo-lekarskiej. Pracownicy w obu tych dziedzinach na wspólnych posiedzeniach omawiają wypadki bieżące, problemy przez nie nasuwane, a w dyskusjach takich uzgadnia się język obu grup. Co do psychoterapii, wymagającej przygotowania przyrodniczego i psychologicznego, działalność w tym kierunku jest w Toruniu ograniczona. Istnieją tam poradnie: dla psychicznie chorych dzieci trudnych do prowadzenia i o skłonnościach, kryminalnych oraz psychologiczna Osobno przeprowadza się obserwację w terenie, w szkołach, starając się, by warunki obserwacji jak najbardziej zbliżały się do normalnych. Pracę prowadzi się wspólnie z Instytutem Oświaty Zawodowej a część doświadczalną w Zakładzie Neurofizjologii Uniwersytetu Toruńskiego. Z zagadnień opracowanych dr *Czyżewska* zajmuje się okresem pokwitania u dziewcząt w związku z ostanią wojną, a mgr *Rosentalowa* ankietą: „Jak bawiłam się w dzieciństwie".

Dr *Kamigowski* przedstawia stosunki na tym odcinku pracy na terenie Olsztyna. Pozostaje tam w kontakcie z psychologami w czasie niedługim ma przystąpić do organizacji Oddziału Instytutu Higieny Psychicznej. Na terenie Słupska zagadnieniami tymi zajmuje się Opieka Nad Matką i Dzieckiem; wskazana byłaby tam interwencja Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej.

Dr *Piotrowska* podkreśla szerzenie się laickiej psychoterapii, spowodowane brakiem należytego podejścia socjologicznego, odgrywającego w psychiatrii olbrzymią rolę. Konieczne jest zwalczanie w społeczeństwie niechętnego nastawienia do klinik i szpitali psychiatrycznych. Bardzo szkodliwe dla rozwoju idei higieny psychicznej są rozgrywki między psychologami a lekarzami. Z prac tutejszego instytutu na plan pierwszy wysuwa urządzenie świetlicy dla dzieci pozostających pod ob-

serwacją i opieką instytutu oraz organizowanie wspólnych wycieczek, gdyż bardzo ważnym momentem jest jaknajmniejsze obniżanie się samopoczucia u dzieci czy osób zwracających się o poradę. Z tego też powodu nie uważa za wskazane tworzenia specjalnych oddziałów dla dzieci, by nie wyrywać ich z normalnego otoczenia.

Dr *Jaroszewski* uważa, że jedynie współpraca lekarzy może dać gwarancję należytego rozwoju i odpowiedniego poziomu pracy w higienie psychicznej. Bezwzględnie do lekarza należy pomoc w przypadkach zarówno psychonerwic i schorzeń psychicznych, a współpraca z psychologiem tak w tych, jak i w innych wypadkach wyjdzie na dobre zarówno pacjentowi, jak i samemu naukowemu potraktowaniu zagadnienia, zmniejszając możliwości popełnienia błędu czy to z jednej, czy to z drugiej strony. Konieczne też jest związanie pracy w tym zakresie ze szpitalem psychiatrycznym. Jako godny naśladowania przykład w tworzeniu odpowiednich ośrodków zdrowia podaje eksperyment grupy lekarzy angielskich, którzy zorganizowali coś w rodzaju klubu, przeznaczonego dla rodzin z wybranego środowiska w Londynie. Korzystanie z klubu związane było z warunkiem poddawania się każdego członka w ciągu roku dwukrotnemu, dokładnemu badaniu lekarskiemu, po którym lekarz przeprowadzał rozmowę z badanym, udzielał mu wskazówek. Okazało się, że u 80% członków klubu, uważających się za zupełnie zdrowych, stwierdzono zmiany, mogące się z czasem rozwinąć w razie niezwrócenia na nie uwagi w odpowiednim czasie i odpowiedniego ich potraktowania.

Dr *Malinowski* opowiada się za pozostawieniem kierownictwa pracy w zakresie higieny psychicznej w rękach lekarzy o wykształceniu psychologicznym. Wyjście psychiatrii poza mury klinik i szpitali, tak ważne dla higieny psychicznej, stanie się jednak możliwe jedynie po zwiększeniu szeregów psychiatrów. Bardzo ważna sprawa to wprowadzenie wykładów z zakresu higieny psychicznej do studiów lekarskich.

Dr *Januszkiewicz* podnosi ważność zwalczania powszechnie używanego określenia chorych i rekonwalescentów psychicznych słowem „wariat", dyskwalifikującym w oczach ogółu człowieka określanego w ten sposób.

Prof. *Bilikiewicz* wspomina o popularnym obecnie w amerykańskich kołach lekarskich wiązaniu wszelkich działów medycyny z zagadnieniami psychologiczno-psychiatrycznymi, tzw. medycynie psychosomatycznej. Eksperyment angielski przedstawiony przez dr *Jaroszewskiego* zasługuje na uwagę. Walka o należyte nastawienie ogółu do naszych chorych i ozdrowieńców jest niesłychanie trudna. W związku z tym powstaje problem zorganizowania opieki nad psychicznie chorymi nie wymagającymi pobytu w klinice czy szpitalu na wzór tego rodzaju organizacji w Szwajcarii. U nas w ramach opieki społecznej winna powstać tego rodzaju komórka, ułatwiająca zdobycie pracy i pośrednicząca między chorym a pracodawcą, zapobiegając zawsze w tych warunkach możliwym tarciom.

Dr *Baniewicz* podaje swe wrażenia co do omawianego problemu ze swego pobytu w Z S R R, gdzie pobyt w szpitalu czy klinice psychiatrycznej nie dyskwalifikuje zupełnie danego osobnika.

Jako uzupełnienie przemówienia dra *Baniewicza* dr *Sedlaczek-Komorowski* przedstawia stosunki Szpitala Psychiatrycznego w Kulparkowie pod Lwowem w latach 1939 — 41 podkreślając troskliwość władz radzieckich o zdrowie i dobro psychiczne chorych, walkę o jaknajszybsze zwrócenie ich normalnemu życiu.

Dr *Sikorska* w odpowiedzi na zagadnienia poruszone w dyskusji daje przykład ze stosunków w Stanach Zjednoczonych, gdzie wykształcenie psychologiczne lekarzy a kliniczne psychologów wpływa na poprawność i skuteczność ich współpracy. W Polsce w Centralnym Instytucie Higieny Psychicznej dzięki zżyciu się lekarzy i psychologów, taktownemu postępowaniu i unikaniu niepotrzebnych zadrażnień, praca ich płynie w zgodzie. Ma nadzieję, że po przejściowym okresie obecnym, współpraca na terenie Oddziału Gdańskiego ułoży się również poprawnie. Oddział ten nawiązał na razie kontakt ze Szczecinem, ma zamiar nawiązać kontakt również i z innymi ośrodkami. Celem ułatwienia pracy w terenie Centralny Instytut Higieny Psychicznej rozważa projekty tworzenia objazdowych poradni. Konieczne jest propagowanie w społeczeństwie odpowiedniego nastawienia do zagadnień higieny psychicznej, jej instytutów, klinik, szpitali psychiatrycznych oraz szkół specjalnych, by zaprzestano się ich obawiać, a chorych i ozdrowieńców psychicznych nauczono się traktować tak samo, jak chorych chirurgicznych i innych.

Sekretarz — *Dr Ludomir Sedlaczek-Komorowski*

Prezes — *Prof. Dr Tadeusz Bilikiewicz*

SPRAWOZDANIE Z III POSIEDZENIA ODDZIAŁU GDAŃSKO-POMORSKIEGO Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbytego wraz z Gdańskim Towarzystwem Lekarskim dn. 11.11.1947 r.

Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia Gdańskiego Towarzystwa Lekarskiego wygłosił dr *Malinowski Adolf* wspomnienie pośmiertne, poświęcone ś. p. prof. *Mazurkiewiczowi Janowi.* Pamięć zmarłego uczczono minutową ciszą.

Dalsze przewodnictwo zebrania objął prezes Gdańskiego Towarzystwa Lekarskiego — prof. dr. *Michejda.* udzielając głosu prof. dr. *Tadeuszowi Bilikiewiczowi* który wygłosił refrat pt.:

„Teoria etio-epigenetyzmu w psychiatrii i poza psychiatrią *".

W dyskusji nad referatem dr *Sedlaczek-Komorowski* podkreślił, że myśli zawarte w nim odnośnie epilepsji mają pewną analogię do zapatrywań autorów amerykańskich *Gibssa i Davisa,* którzy twierdzą, że epilepsja wrodzona występuje jedynie wśród predystynowanych do tego osobników, wykazujących przy badaniu elektroencefalogicznym tzw. dystrytmię mózgową, cechę dziedziczną, stwierdzoną w 125‰ wypadkach, w odróżnieniu od epilepsji, występującej jedynie w 5‰ wypadkach. Działanie jakiejś zewnętrznej szkodliwości, jak np. urazu przy porodzie, zatruciu zewnątrz pochodnego, czy wewnątrz pochodnego itp. daje w następstwie wybuch epilepsji u tych osobników. Podobnie i wypadki tzw. psychozy poporodowej, w wielu wypadkach bez należytych wywiadów, mogą być rozpoznane jako schizofrenia. I tu mamy do czynienia z nawarstwieniem się objawów schorzenia psychicznego na zmiany w organizmie, wywołane porodem i połogiem.

Sekrearz — *Dr Ludomir Sedlaczek-Komorowski*

Prezes — *Prof. dr. Tadeusz Bilikiewicz*

---

*) Ogłoszone drukiem i Przegląd Lek. — R. III. S. II. (1947). — Nr. 19.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KRAKOWSKIEGO ODDZIAŁU
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego za okres od września 1945 r. do listopada 1948 r.

Dnia 21.9.1945 r. odbyło się w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej U. J. w Krakowie pierwsze po wojnie zebranie, na którym wznowiono działalność Oddziału po sześcioletniej przerwie spowodowanej wojną. Po zagajeniu prof. *Brzezickiego* jako kierownika Kliniki i sprawozdaniach pozostałych przy życiu członków Zarządu wybrano nowy Zarząd i postanowiono odbywać posiedzenia naukowe w każdy pierwszy piątek miesiąca.

W okresie sprawozdawczym, obejmującym trzy lata i trzy miesiące, odbyło się dwadzieścia zwyczajnych posiedzeń naukowych i dwa nadzwyczajne. W posiedzeniach brali udział obok członków Towarzystwa Psychiatrycznego członkowie Towarzystwa Neurologicznego, oraz inni lekarze i absolwenci medycyny. Przeciętna liczba obecnych 25 — 35. Po każdym odczycie i pokazie odbywały się dyskusje.

Na pierwszym posiedzeniu nadzwyczajnym dnia 9.10.1947 r. wygłosił odczyt prof. dr *Maurycy Bornsztajn* pt. „Półwiekowy bilans psychiatryczno-naukowy", na drugim dnia 20.10.1948 r. prof. dr *M. Minkowski* — odczyt pt. „O zaczątkach życia psychicznego u płodu".

Przypadki chorobowe przedstawili:

1) Lek. *Bromowicz J.* — „Zaburzenia psychiczne przebiegu guza skroniowego" — 7.2.1947 r.

2) Lek. *Chmielewski J.* — „Przypadek oponiaka okolicy ciemieniowej lewej ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń psychicznych" — 16.5.1947 r.

3) Dr *Jarema M.* „Przypadek choroby Picka" — 3.10.1947 r.

4) Dr *Jarema M.* — „Przypadek porażenia postępującego w początkowym okresie" — 8.2.1946 r.

5) Dr *Jarema M.* — „Przypadek z kręgu psychozy maniakalno-depresyjnej.

6) Dr *Paszkowski S.* — „Orzeczeniowy przypadek oligofernii — 7.6.1946 r.

7) Dr *Paszkowski S.* — „Przypadek paranoidalnego rozwoju osobowości psychopatycznej" — 7.2.1947 r.

8) Dr *Rajchel T.* — „Przypadek schizofreni z urojeniami" — 6.12.1946 r.

9) Dr *Spett K.* — „Przypadek schizofreni z halucynacjami — 6.12.1946 r.

10) Dr *Spett K.* „Przypadek schizofreni z rysami urojeń sensytywnych" — 16.1.1948 r.

11) Dr *Spett K.* „Przypadek stanu maniakalnego z urojeniami" — 5.7.1947.

ODCZYTY WYGŁOSILI:

1) Prof. dr *Brzezicki E.* „O potrzebie rozszerzenia typologii *Kretschmera*" — 17.5.1946 r.

2) Prof. dr *Brzezicki E.* „Rozważania nad korelacją psychofizyczną u człowieka — 24.1.1947 r.

3) Prof. dr *Brzezicki E.* „Psyche a soma z punktu widzenia przyrodnika" —

4) Prof. dr *Brzezicki E.* „Rozwój charakterologii klinicznej 6.2.1948 r.

5) Doc. dr *Chłopicki Wł.* „Uwagi o marzeniach" — 16.4.1948 r.

6) Dr *Jarema M.* „O postępach w leczeniu wstrząsami elektrycznymi" — 7.6.1946 r.

7) Dr *Koziorowski Wł.* „Psychiatria amerykańska" — 9.10.1948 r.

8) Dr *Rajchel T.* „Jeszcze w sprawie wstrząsów elektrycznych" — 21.6.1946 r.

9) Dr *Rajchel T.* „O anestesji i obsesji estetycznej" — 23.11.1945 r.

10) Dr *Spett K.* „O opiece nad psychicznie chorymi w Polsce i niektórych krajach Europy" — 4.10.1946 r.

11) Dr. *Spett K.* „Filip Pinel — reformator psychiatrii" — 21.3.1947 r.

12) Dr *Spett K.* „Magiczne myślenie w obrazie klinicznym" — 3.10.1947 r.

13) Dr *Stryjeński Wł.* „Zasięg i drogi rozwojowe psychiatrii" — 8.11.1946 r.

14) Dr *Stryjeński Wł* „Zamach *Piekarskiego* na króla *Zygmunta III.* — Uwagi sądowo psychiatryczne na marginesie historii. — 7.5.1948 r.

Oprócz odczytów wygłoszonych przez członków Towarzystwa zostały wygłoszone cztery odczyty przez gości:

1) Prof. dr *Szuman St.* „Istota metody psychohigienicznej" — 7.11.1947 r.

2) Dr *Jurczyński St.* „Charakter w ujęciu *Klagesa*" — 8.2.1946 r.

3) Dr *Jurczyński St.* „Grafologia jako nauka o ruchu wyrazowym" — 1.3.1946r.

4) *Chylimoniuk M.* „Badanie nad pamięcią chorych w przebiegu leczenia wstrząsami elektrycznymi". — 5.7.1946 r.

W związku ze śmiercią prof. dr *Mazurkiewicza J.* wygłosił prof. dr *Brzezicki* na posiedzeniu dnia 7.11.1947 r. wspomnienie poświęcone Zmarłemu oraz na posiedzeniu dnia 7.5.1948 r. — wspomnienie poświęcone zmarłemu członkowi Towarzystwa dr *Paszkowskiemu St.*

Na ostatnim walnym posiedzeniu Oddziału Krakowskiego w dniu 8.10.48 r. został wybrany zarząd w składzie:

prezes — prof. dr *E. Brzezicki*, wice-prezes — dyr. *Stryjeński*, sekretarz — dr *M. Jarema*, skarbnik — dr *R. Arend*, komisja rewizyjna — dyr. dr *Issajewicz*, dr *J. Horodeński* i dr *Wł. Koziorowski*.

Sekretarz
Dr M. Jarema

Prezes
Prof. dr E. Brzezicki

Kraków dnia 17.11.1948r.

JUBILEUSZ PROF. DRA MED. MAURYCEGO BORNSZTAJNA

Dnia 20 lutego 1949 roku odbyła się w Uniwersytecie Łódzkim podniosła uroczystość nadania ponownego dyplomu doktorskiego prof. *M. Bornsztajnowi* z okazji 50-lecia jego pracy lekarskiej i naukowej. W uroczystości tej wzięli udział Rektor Uniwersytetu, Dziekan Wydziału Lekarskiego, przedstawiciele Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Łódzkiego, bardzo wielu przedstawicieli towarzystw naukowych, dawni i obecni asystenci Jubilata, oraz studenci Wydziału Lekarskiego.

Po wręczeniu dyplomu i szeregu przemówień zabrał głos w imieniu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prezes Towarzystwa prof. *J. Handelsman;* poniżej zamieszczamy wyjątki z jego przemówienia.

„Składając życzenia w imieniu psychiatrów polskich, mogę je wypowiedzieć szczerze i z całego serca, ponieważ nasz senior jest kochany przez wszystkich kolegów i na pewno wszyscy koledzy równie szczerze mu życzą, jak ja to czynię.

Prof. *Bornsztajn* jest chyba najpłodniejszym autorem wśród psychiatrów polskich, nie umiałbym wyliczyć wszystkich jego prac, ale nie umiałby tego uczynić i sam Jubilat.

Wszystkie Jego prace od zarania jego działalności naukowej do dnia dzisiejszego pisane są znakomitą polszczyzną i pięknym językiem literackim.

Pamiętam, że gdy Go jeszcze nie znałem, czytałem z zachwytem książki z życia zwierząt; zachwyt ten wywołała nie tylko treść książki, ale także forma literacka tłumaczenia, — a tłumaczem był właśnie *Bornsztajn*. Zawsze z przyjemnością czyta się jego prace choćby nawet nie zawsze było się w całkowitej zgodzie z jego zapatrywaniami naukowymi. Z wielką przyjemnością i z niesłabnącą uwagą słucha się jego odczytów, ze względu na piękno języka.

Bornsztajn był pierwszym asystentem najwybitniejszego polskiego neurologa *Edwarda Flatana i* wykonał w jego pracowni szereg prac doświadczalnych i histopatologicznych, jak o anatomii patologicznej stwardnienia rozsianego (1904), o kostniakach kręgosłupa powodujących ucisk rdzenia (1910), badania doświadczalne i anatomopatologiczne nad uciskiem rdzenia (1916) i kilka innych. Prace te odznaczały się się wielką ścisłością, dokładnością, były dowodem wielkiej pracowitości, stanowiły znaczny wkład do ówczesnego piśmiennictwa neurologicznego i mają wartość do dnia dzisiejszego.

Drugą cechą *Bornsztajna*, która wzbudza zawsze podziw, to jest jego entuzjazm dla nauki psychiatrycznej, zwłaszcza dla tej dziedziny psychiatrii, którą nasz kochany Jubilat od blisko 40 lat opracowuje wszechstronnie, mianowicie z punktu widzenia teorii psychoanalitycznej, rozbudowuje, opisuje nowe objawy, stwarza nowe postacie kliniczne (jak *schizothymia reactiva circumscripta w 1916)*, próbuje dać oryginalne podstawy klasyfikacji psychiatrycznej na podłożu psychologicznym (1920), doszukuje się mechanizmu zaburzeń psychicznych reaktywnych, omawia patogenezę omamów oraz zastanawia się z tego samego punktu widzenia nad szeregiem innych zagadnień psychiatrycznych.

Entuzjazm ten łączy się z następną cechą Bornsztajna — z jego optymizmem, którym odznaczał się całe życie i który nie opuścił go do chwili obecnej, mimo ciężkich przeżyć okupacyjnych. Z niesłabnącym optymizmem pracuje on naukowo w czasie okupacji, a po zakończeniu okrutnych rządów hitlerowskich, zabiera się z młodzieńczym zapałem do dalszej pracy, wygłaszając odczyty naukowe i pisząc nowe rozprawy, jak o schizofrenizacji w psychice ludzi współczesnych, współczesne metody w psychiatrii, — do pracy, ukoronowaniem której jest podręcznik: „Wstęp do kliniki psychiatrycznej", podręcznik, który wywołał obok entuzjazmu jednych, głosy krytyczne innych psychiatrów, ale u wszystkich podziw dla niespożytych sił twórczych autora.

Bornsztajn odznacza się znakomitym talentem krasomówczym — sposób wyrażania się, jasność przedstawienia bronionych przez niego tez, syntoniczne podejście do słuchaczy, umiłowanie wykładanego przedmiotu, usilna chęć przekonania słuchaczy o słuszności wygłaszanych przez niego poglądów — wszystko to czyni z *Bornsztajna* wykładowcę pierwszorzędnego, zarówno dla specjalistów psychiatrów, jak i dla studentów, słuchaczy jego wykładów uniwersyteckich. Uderzająca jest u *Bornsztajna* prostota w stosunkach z kolegami młodszymi, a czyni z niego pierwszorzędnego towarzysza, z którym, w razie niezgodności przekonań naukowych można dyskutować; spory te nigdy nie kończą się u niego żalem do oponentów, lecz wywołują nowe wysiłki dla ich przekonania.

Z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym *Bornsztajn* jest związany od chwili jego założenia— w r. 1926/27 był sekretarzem generalnym Towarzystwa, w 1928/29 r. przewodniczącym Oddziału Warszawskiego, obecnie jest przewodniczącym Oddziału Łódzkiego — od przeszło 10 lat jest członkiem komitetu redakcyjnego organu Towarzystwa „Rocznik Psychiatryczny", ale więcej niż pracą związaną z kierowaniem Towarzystwem, związany jest z Towarzystwem pracą naukową. Oprócz przedstawienia wielu pokazów naukowych i wygłoszenia referatów na posiedzeniach oddziału wygłosił szereg referatów na Zjazdach psychiatrów polskich, jak o schizofrenii — w 1925 r., o psychozie maniakalno-depresyjnej — w 1927 r., o patologii charakteru — w 1932 r., o zaburzeniach psychicznych reaktywnych — w 1934 r., a psychozach inwolucyjnych — na ostatnim, przedwojennym Zjeździe w 1939 r. w Choroszczy, o schizofrenizacji Kliniki Psychiatrycznej, oraz o opiece nad psychonerwicami — na pierwszym powojennym Zjeździe w Tworkach w 1945 r., półwiekowy bilans psychiatrii naukowej — w 1947. Prócz tego brał niesłychanie żywy udział w dyskusji nad odczytami innych autorów.

Do czasu powstania Rocznika Psychiatrycznego ogłasza swoje prace głównie w Neurologii Polskiej, Gazecie Lekarskiej, Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim

oraz w czasopismach zagranicznych (niemieckich i francuskich); od chwili powstania Rocznika Psychiatrycznego większość swoich prac publikował w Roczniku, jak: 1) Hipochondryczna postać schizofrenii — w 5 zeszycie, 2) stanowisko kliniczne schizofrenii i nowa teoria jej patogenezy — w 5 zeszycie, 3) Nowy przyczynek do tzw. *schizothymia reactiva* — w 6 zeszycie, 4) Psychoza maniakalno-depresyjna w świetle psychoanalizy — w 7 zeszycie, 5) O przewlekłych stanach maniakalnych wieku podeszłego — w 18/19 zeszycie, 6) Charakter w świetle teorii psychoanalitycznej — w 20 zeszycie, 7) Nowy przyczynek do tzw. schizofrenii somatopsychicznej — w 21, 8) Mechanizm powstania zaburzeń psychicznych reaktywnych — w 23 zeszycie, 9) O schizofrenii somatopsychicznej — w 26/27 zeszycie, 10) Omamy a osobowość — w 34/35 zeszycie.

Ostatnią pracą oddaną do druku w Roczniku Psychiatrycznym była praca pod tytułem „Typy kliniczne psychoz inwolucyjnych", która została zniszczona w 1939 r. przez Niemców z całym zeszytem 37.

Nie jest moim dzisiejszym zadaniem przedstawienie całokształtu pracy naukowej *Bornsztajna*, która jest bardzo wielka i która uczyniła imię jego znanym w Polsce i w piśmiennictwie psychiatrycznym zagranicznym, — ale zadaniem moim jest zarówno przypomnienie Jubilatowi, jak ściśle jest on związany z naszym Towarzystwem, oraz uprzytomnienie sobie, że należy On do najgodniejszych członków naszego Towarzystwa, w którym jest najznakomitszym przedstawicielem kierunku psycho-analitycznego.

W imieniu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego życzę Ci, drogi przyjacielu, z całego serca, byś mógł jeszcze wiele lat tak pięknie wykładać, byś nie przestał pracować twórczo jeszcze długi czas i byś mógł na wielu jeszcze posiedzeniach i zjazdach dyskutować i spierać się z nami".

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI

POLSKA BIBLIOGRAFIA PSYCHIATRYCZNA I NEUROLOGICZNA*) Z LAT 1945, 1946, 1947 i 1948

Liczby podane po tytułach artykułów odpowiadają liczbom porządkowym pism. Książki włączone do odpowiednich działów. Litera T oznacza sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

1. Klinika Oczna.
2. Lekarz Polski na Wschodzie.
3. Lekarz Wojskowy.
4. Medycyna Społeczna i Kliniczna.
5. Nowiny Lekarskie.
6. Przegląd Lekarski.
7. Pediatria Polska.
8. Polski Tygodnik Lekarski.
9. Psychologia Wychowawcza.
10. Przegląd Organizacji.
11. Przegląd Górniczy.
12. Polski Przegląd Chirurgiczny.
13. Szpitalnictwo Polskie.
14. Śląska Gazeta Lekarska.
15. Teatr.
16. Wiedza i Życie.
17. W służbie zdrowia.
18. Zdrowie Publiczne.
19. Zdrowie Psychiczne.

1. Psychologia. Senne marzenia.
2. Psychopatologia ogólna i sądowa. Działy pokrewne.
3. Psychologia i psychopatologia dziecka. Pedagogika specjalna.

*) Bibliografia ta posiada braki z powodu trudności napotykanych przy zbieraniu materiału.

4. Alkoholizm.
5. Anatomia i fizjologia układu nerwowego. Chronaksja.
6. Schorzenia organiczne i urazowe ukladu nerwowego.
7. Zapalenie opon mózgowych i mózgu. Zatrucia.
8. Choroby nerwów.
9. Guzy. Ropnie. Pasożyty. Kiła.
10. Wojna i jej wpływ.
11. Nerwice. Bóle. Psychozy reaktywne.
12. Psychozy starcze i miażdżycowe. Padaczka.
13. Kazuistyka.
14. Endokrynologia.
15. Diagnostyka. Badania pomocnicze.
16. Lecznictwo neurologiczne i psychiatryczne. Neurochirurgia.
17. Szpitalnictwo.
18. Zjazdy. Wspomnienia pośmiertne. Sprawozdania z posiedzeń.
19. Varia i podręczniki.

1. Psychologia. Senne marzenia.

1. *Adler.* Znajomość człowieka. str. 268. Łódź. 1948.
2. *Baley.* Drogi samopoznania. str. 173. Kraków 1946.
3. *Bieńkowski.* Psychologia kierownictwa. str. 61. Kraków. 1947.
4. *Bilikiewicz.* Psychologia marzenia sennego. str. 325. Gdańsk. 1948.
5. *Brzeziński.* Problem psycho-soma z punktu widzenia przyrodnika. 6. 1948.
6. *Brzeziński.* O potrzebie rozszerzenia typologii Kretschmera. 16. 1946.
7. *Brzezicki.* Typy psychofizyczne na ziemiach polskich i ich reakcje duchowe. 6. 1945.
8. *Dąbrowski.* Pojęcie zdrowia psychicznego. 19 — 1948.
9. *Dryjski.* Psychika i zdrowie. 19 — 1948.
10. *Dembowski.* Psychologia małp. str. 271. Łódź. 1946.
11. *Dybowski.* Wpływ woli i typu antropologicznego na otamowanie strachu. str. 36. Poznań 1947.
12. *Dębicka.* Psychotechnika w wojsku. 3 — 1947.
13. *Dybowski.* O typach woli. str. 203. Poznań. 1947.
14. *Felhorska.* Laboratorium psychologiczne Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. 9 — 1947.
15. *Grzywak-Kaczyńska.* Zdrowie psychiczne a zdrowie moralne. 19 — 1948.
16. *Hurynowicz.* Ludzie bez wiosny. 19 — 1948.
17. *Kaczyńska.* Higiena psychiczna a psychologia. 19 — 1946.
18. *Kacprzak.* Rola i zadania higieny psychicznej w Polsce. 19 — 1946.
19. *Klimowicz.* Z zagadnień psychologii kobiety. 19 — 1948.
20. *Kreutz.* Główne kierunki współczesnej psychologii. str. 80. Warszawa. 1946.
21. *Krentz.* O naturze ludzkiej. 19 — 1946.
22. *Kowalski.* O autonomii zjawisk świata duchowego. str. 14. Wrocław. 1947.
23. *Kacprzak.* W sprawie higieny psychicznej. 17 — 1946.
24. *Korzynianka.* Badania psychologiczne nad aktorami w Zw. Radzieckim. 15—1947.
25. *Knappe.* Badania psychologiczne na usługach medycyny lotniczej. 3 — 1945.

26. *Kaczkowska.* Poradnia zawodowa i psychotechniczna etc. 9 — 1947.
27. *Kosenko.* Sen i senne marzenia. str. 29. Warszawa. 1946.
28. *Kwiatkowska.* Filozofia wieczysta w zarysie. str. 274. Kraków. 1947.
29. *Lewicki.* Wpływ czynników społecznych na kształtowanie się psychiki. 16 — 1947.
30. *Lewicki.* Psychologia ambicji. 16 — 1947.
31. *Laskiewicz.* Z dziedziny psychologii wrażeń słuchowych. 2— 1945.
32. *Ludwikowski i Janowski.* Psychologia rozwojowa. str. 139. Katowice. 1946.
33. *Łapiński.* Marzenia senne w zestawieniu z majaczeniami chorych somatycznych, złudzeniami, urojeniami itp. 14 — 1947.
34. *Markuszewicz.* Podstawy pojęcia popędu zachowawczego. 4 — 1945.
35. *Mieszkowski.* Znajomość ludzi czyli o temperamentach w życiu ludzkim. Trzebinia. str. 149. 1946.
36. *Missiuro.* Znużenie. O fizjologicznych podstawach, racjonalizacji pracy. str. 255. Łódź. 1947.
37. *Nagurska-Rozenthal.* O ludyzmie młodzieży. 19 — 1948.
38. *Nawroczyński.* Życie duchowe. str. 295. Kraków. 1947.
39. *Niewiec.* Wykłady psychotechniki. (maszynopis) Kraków. 1947.
40. *Okoń.* Kilka uwag o roli psychotechniki w przemyśle węglowym. 2 — 1947.
41. *Ossowska.* Podstawy nauki o moralności. str. 380. Warszawa. 1947.
42. *Pastuszka.* Psychologia ogólna, t. I. str. 415. 1946.
43. *Pieter.* Psychologia jako nauka. str. 288. Kraków 1947.
44. *Radliński-Skorzkiewicz.* Badania charakterologiczne. Studium psychologiczne. str. 21. Gdańsk. 1947
45. *Staniec.* Rola filozofii w higienie psychicznej. 19 — 1946.
46. *Stryjeński.* Norma w higienie psychicznej. 19 — 1946.
47. *Suchodolski.* Niewystarczalność psychologii. 19 — 1946.
48. *Szuman.* Zagadnienie charakteru człowieka a higiena psychiczna. 19 — 1946.
49. *Tomaszewski.* Psychologia po prostu. str. 188. Warszawa. 1948.
50. *Tomaszewski.* Rodzaje i motywy reakcji negatywnych. str. 119. Lublin. 1946.
51. *Ujowicz.* Tomistyczna sublimacja uczuć w świetle nowożytnej psychologii. str. 107. Kraków. 1946.
52. *Wilczkowski.* Mechanizm psychochemicznych odruchów we krwi u ludzi. 8—1947.
53. *Witwicki.* Instynkty, ucznia, afekty. str. 20. Warszawa. 1947.
54. *Witwicki.* Psychologia, t. I, str. 510. Kraków. 1947.
55. *Zajączkowski.* Sport jako zagadnienie psycho-higieniczne. 19 — 1948.

2. *Psychopatologia ogólna i sądowa. Działy pokrewne.*

1. *Aleksandrowicz* i *Spiss.* Narząd krwiotwórczy w chorobach psychicznych. 8 — 1946.
2. *Dąbrowski.* O integracji i dezintegracji psychicznej. 19 — 1946.
3. *Dąbrowski.* Uwagi o teorii Jacksona. 19 — 1948.
4. *Drylski.* Psychologia ekstazy religijnej. Łódź. Tow. Naukowe. 1948.
5. *Dreszer.* Sugestywność z punktu widzenia teorii ewolucji. 8 — 1946.
6. *Falkowski.* Higiena psychiczna a nauki lekarskie. 19 — 1948.
7. *Falkowski.* Kierunek nosologiczny i symptomatologiczny w psychiatrii. 19—1948.
8. *Goliński.* Nauka Św. Augustyna o kłamstwie na tle historycznym. str. 95. Lublin. 1948.

9. *Horoszowski*. Zabójstwo z afektu. str. 156. Warszawa. 1947.
10. *Handelsman*. W sprawie klasyfikacji psychiatrycznej. 8 — 1946.
11. *Handelsman*. Udział psychiatrii w hygienie psychicznej. 19 — 1946.
12. *Jaroszewski*. Higiena psychiczna ze stanowiska psychiatrii. 19 — 1946.
13. *Jaroszewski*. Metoda Rorchacha w higienie psychicznej. 19 — 1948.
14. *Jaroszyński*. Układ hierarchiczny tendencyj w psychopatii. 19 — 1946.
15. *Jabłoński*. Leczenie konfliktów. Przegląd Organizacji. 1947.
16. *Jarema*. Ograniczona reakcja psychotechniczna w przebiegu leczenia wstrząsami elektrycznymi. 6 — 1948.
17. *Krasowska*. O objawie zbędnych wspomnień. 8 — 1947.
18. *Kaczyński*. Znaczenie odruchów warunkowych w psychiatrii. 8 — 1946.
19. *Majer*. Brak miesiączki z powodu przeżyć psychicznych. 8 — 1947.
20. *Malinowski*. Reakcje psychogenne a choroba somatyczna. 8 — 1948.
21. *Opalski*. O patogenezie objawów ruchowych u umysłowo-chorych. 8 — 1946.
22. *Radło*. Higiena psychiczna ze stanowiska ogólno lekarskiego. 19 — 1946.
23. *Sedlaczek-Komorowski*. O korzystnym wpływie przeżyć wstrząsających na przebieg psychoz. 19 — 1948.
24. *Szczepański*. Strachy, widma, seanse spirytystyczne itp. str. 64. Zakopane. 1946.
25. *Serafinow*. Zaburzenia psychiczne w przebiegu pokarmowo-toksycznej (septycznej) anginy. 8 — 1946.
26. *Siemionkin*. Psychopatia a reakcje psychiczne. 14 — 1946.
27. *Wilczkowski*. Podejście do badań naukowych w psychiatrii od strony patologii ogólnej. 8 — 1947.
28. *Wilczkowski*. Badania nad toksycznością krwi chorych psychicznie. 8 — 1946.
29. *Witwicki*. Dusze chore. str. 21. Łódź. 1948.

3. *Psychologia i psychopatologia dziecka. Pedagogika specjalna.*

1. *Adler*. Psychologia indywidualna w wychowaniu. str. 144. Kraków. 1946.
2. *Alchimowicz. Baczkowska. Budkiewicz*. O poradniach psychologicznych. 9—1947.
3. *Baley*. Charakterologia i typologia dzieci i młodzieży. str. 18. Warszawa 1946.
4. *Baley*. Zadanie psychologii stosowanej w Polsce w chwili obecnej. 9 — 1947.
5. *Baley*. Zarys psychologi w związku z rozwojem psychiki dziecka. str. 424. Warszawa. 1948.
6. *Bogdanowicz*. Zagadnienia psychologiczno-wychowawcze a nowy typ służby wychowawczo-społecznej w szpitalu dziecięcym. 13 — 1948.
7. *Chrząszcz*. Życiorys jako metoda badawcza. 19 — 1948.
8. *Dąbrowski*. Higiena psychiczna dziecka. Jednodniówka. Warszawa. 1945.
9. *Dega*. Kalekie dziecko. str. 46. Poznań. 1947.
10. *Dobrowolska*. Sceno-test. 19 — 1948.
11. *Grochmal*. Higiena psychiczna, a sport i wychowanie fizyczne młodzieży. 19—1948.
12. *Grzywak-Kaczyńska*. Zdolność do uczuć wyższych a prawidłowy rozwój psychiczny. 19 — 1947.
13. *Janocha*. Wyniki badań porównawczych przeprowadzonych skalą *Bineta-Termana* i metodą *Vermeylena* na dzieciach szkoły specjalnej w Katowicach. 19 — 1947.
14. *Klimowicz*. Psychologia dziecka wiejskiego na tle ogólnej psychologii rozwoju dzieci i młodzieży. str. 107. Warszawa. 1948.

15. *Kunicka*. Kłamstwo dziecięce. str. 49. Warszawa. 1947.
16. *Molak*. Fazy rozwoju umysłowego człowieka. str. 34. 1948.
17. *Michałowicz*. Zaburzenia psychiczne wieku niemowlęcego i poniemowlęcego. 19 — 1946.
18. *Nowacki*. Samopoczucie dziecka przewlekle chorego. str. 123. Łódź. 1948.
19. *Okoń* Sztuka dziecka. str. 29. Warszawa. 1948.
20. *Powiadowska*. Czynniki nierównowagi psychicznej w warunkach dzisiejszego wychowania. 19 — 1948.
21. *Radomska-Strzemecka*. Pedagogika a higiena psychiczna. 19 — 1946.
22. *Szuman*. Istota metody psycho-higienicznej. 19 — 1948.
23. *Szuman*. Rozwój życia uczuciowego niemowlęcia a higiena psychiczna. 19 — 1946.
24. *Szuman*. Psychologia wychowawcza wieku dziecięcego. str. 189. Warszawa. 1946.
25. *Szuman*. Psychologia wychowawcza wieku szkolnego. str. 302. Kraków. 1947.
26. *Szuman*. Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży, str. 79. Warszawa. 1948.
27. *Szmydt J*. Rozwój sądów i poczuć moralnych u dzieci i młodzieży. 19 — 1948.

4. *Alkoholizm.*

1. Antologia Przeciwalkoholowa. Pod redakcją *J. Szymańskiego*. Część I. str. 175. Warszawa. 1947.
2. *Bystrzyca*. Alkoholizm. Pijaństwo. str. 108. Kraków. 1948.
3. *Błachut*. Jeszcze o pijakach i pijaństwie. Tygodnik Powszechny. 1947. Nr 106.
4. *Dreszer*. Alkoholizm a choroby psychiczne. str. 14. Warszawa 1947.
5. *Dreszerowa-Handelsman*. Alkoholizm u młodzieży szkolnej. 19 — 1948.
6. *Kaczanowski*. O nałogu (alkoholizm). str. 15. Warszawa. 1948.
7. *Minc* Organizacje robotnicze w walce z alkoholizmem. str. 12. Warszawa. 1947.
8. *Ossendowski*. Wpływ alkoholu na zdrowie fizyczne człowieka. str. 18. Warszawa. 1947.
9. *Spiss*. Czy alkohol naprawdę jest szkodliwy? str. 36. 1945.
10. *Spiss*. Pić można, ale ile? str. 48. Kraków. 1946.
11. *Świątkowski*. Doniosłość sprawy walki z alkoholizmem. str. 16. Warszawa. 1947.
12. *Świszczyńska*. Poważna klęska społeczna. Odrodzenie. 1946. Nr 50.
13. *Szczepański*. W sprawie alkoholizmu. Kuźnica. 1947. Nr 5.
14. *Tomaszewski*. Dziecko i wódka. str. 55. Poznań. 1948.
15. Tygodnik Powszechny. Artykuły *Jasienicy, Bienickiego, Oleszkiewicza, Waydy, Rossa*. 1948. Nr 7.

5. *Anatomia i fizjologia układu nerwowego. Chronaksja.*

1. *Dowżenko*. Odma czaszkowa jako czynnik drażniący ośrodki mózgowe regulacji krwi i jego wpływ na skład morfologiczny szpiku i krwi obwodowej. 8—1948.
2. *Drathówna*. Chronaksja nerwu przedsionkowego w porażeniu postępującym. str. 39. Kraków. 1948.
3. *Dekański*. Farmakologia ruchowych zakończeń nerwowych. 3. — 1945
4. *Hurynowicz*. Wpływ niektórych środków nasennych na zmiany chronaksyjnej pobudliwości układu błędnikowego u królików. str. 95. Toruń. 1947.
6. *Janes*. O adaptacji nocnej. 3 — 1945.
7. *Jędrzejczak*. Wpływ lotów na narząd słuchu. 3 — 1945.
8. *Krechowiecki*. Mózg i nerwy obwodowe. str. 97. Warszawa. 1947.

9. *Krzyszkowska*. Zmiany chronaksji odruchu włosoruchowego w dysfunkcjach tarczycy. 19 — 1948.
10. *Nowicki*. Badanie ukrwienia kończyny dolnej przez wyłączenie nerwu kulszowego. 8 — 1947.
11. *Nowicki*. Uwagi o ciśnieniu krwi w chronaksji przestankowej. 6 — 1947.
12. *Opalski*. Próba syntezy działania ośrodków układu ruchowego u człowieka. 8 — 1946.
13. *Pawłow, Sherrington, Adrian*. Mózg i jego mechanizm. str. 175. Wrocław. 1945.
14. *Różycki*. Anatomia mózgowia i rdzenia kręgowego. str. 248. Poznań. 1947.
15. *Radzymiński*. O zachowaniu się słuchu u lotników. 5 — T. str. 40. 1947.

6. *Schorzenia organiczne i urazy układu nerwowego.*

1. *Dowżenko*. Niezwykły przypadek zatoru tętnicy środkowej mózgu spowodowany przez ciało obce. 8 — 1946.
2. *Dowżenko*. Płyn mózgowo-rdzeniowy w stwardnieniu rozsianym. 5 — 1947.
3. *Choróbski* i *Szapiro*. Wypadnięcie jądra galaretowatego jako jedna z częstych przyczyn rwy kulszowej. 8 — 1948.
4. *Jus. A.* i *K.* Obraz elektroencefalograficzny niektórych schorzeń podstawy mózgu. 8 — 1948.
5. *Kistelska*. Napady hakowe jako wyraz uszkodzenia płatu skroniowego. 8 — 1946
6. *Levine*. Krwiaki pod oponą twardą u dzieci. 5 — 1948.
7. *Mackiewicz*. Wysokość ciśnienia krwi jako kryterium rokownicze w chromaniu przystankowym w udarze mózgu. 6 — 1947.
8. *Makuchówna* i *Jakimowicz*. Przypadek wędrówki pocisku w układzie komorowym mózgu. 6 — 1947.
9. *Nowicki*. Dwa przypadki pourazowe ropni mózgu. 6 — 1945.
10. *Sandomirski*. Niektóre właściwości rentgenodiagnostyki w przypadkach podstawowego uszkodzenia czaszki. 3 — 1946.

7) *Zapalenie opon mózgowych i mózgu. Zatrucia.*

1. *Arend*. Spaczone ruchy żarcia i zaburzenia chodu po nagminnym zapaleniu mózgu. 8 — 1948.
2. *Baniewicz*. Stany schizofreniczne w przypadkach pierwotnego zapalenia mózgu. 5 — 1947.
3. *Baniewicz*. Ostre postacie zapalenia mózgu z napadami padaczkowymi. 6 — 1948.
4. *Bilikiewicz*. Zespół *Korsakowa* w związku z zanikiem mózgu, wodogłowiem po zatruciu tlenkiem węgla. Studium kliniczno-rentgenologiczne. 8 — 1946.
5. *Dowżenko* i *Hausmanowa*. Podrażnienie opon wywołane przez penicylinę podawaną do kanału kręgowego. 8 — 1948.
6. *Górnicki*. Przypadek *encephalo-meningo-myelo-radiculitis post vactinationem contra rabiem*. 7 — 1948.
7. *Herman*. Zespoły neurologiczne w durze plamistym. 8 — 1948.
8. *Koszla*. Przypadek pneumokokowego zapalenia opon mózgowych wyleczony penicyliną. 8 — 1947.
9. *Lejmach*. Zakażenie mieszane opon mózgowych prątkami Kocha i dwoinką Weichselbauma. 7 — 1947.
10. *Legeżyński*. Problem wścieklizny. 6 — 1948.

11. *Mirek.* Porażenie opuszkowe w przebiegu przewlekłej choroby gościoowej. 8—1948.
12. *Mirek.* O chorobie gośćcowej mózgu. 6 — 1948.
13. *Opalski.* Zależność objawów klinicznych od rodzaju zmian anatomo-patologicznych w zapaleniu opon mózgowych. 7 — 1947.
14. *Rapacz.* Wpływ 4 metylo-2 tiuracylu na budowę histologiczną przysadki mózgowej królika. 6 — T — str. 536. 1948.

8) *Schorzenia nerwów.*

1. *Arend.* Dwa przypadki zapalenia nerwów rdzeniowych i czaszkowych na tle „reumatycznym". 6. — T. str. 135. 1948.
2. *Arkin.* Badania nad dziedziczeniem zeza i ich znaczenie dla wyjaśnienia przyczyny powstawania zaburzeń równowagi mięśniowej oczu. I. T. str. 122. 1948.
3. *Barcikowski.* Przypadek porażenia nerwu lokciowego po wadliwie leczonym złamaniu kości przedramienia. 5 — T — str. 359. 1947.
4. *Berezowski.* Obustronne porażenie nerwu strzałkowego po leczeniu cibazolem. 8 — 1946.
5. *Cieszyński.* Uwagi do przypadku ciężkich uporczywych i rozległych porażeń popłoniczych. 8 — 1946.
6. *Dowżenko.* Toksyczne zapalenie wielonerwowe grupowe i sporadyczne spostrzegane w Warszawie w czasie wojny 1939 — 1945. 5 — 1945.
7. *Dowżenko.* Zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym w zapaleniu korzonków- -wielonerwowym i w bloku kanału kręgowego. 8 — 1948.
8. *Grom.* Ciało obce wewnątrzgałkowe. I — 1948.
9. *Jasiński.* Z kazuistyki *poliradiculoneuritis.* 5 — 1947.
10. *Kapuściński.* O domniemanych oraz istotnych przyczynach schorzenia pozagałkowego nerwu ocznego. I. T. str. 117. 1948.
11. *Laskiewicz.* Z kazuistyki porażeń nerwu zwrotnego *(n. laryng. inf.)* — przyczynki rozpoznawcze i lecznicze. 3 — 1945.
12. *Piechowski.* Przypadek posulfamidowego zapalenia wielonerwowego z powodu leczenia rzeżączki u mężczyzn. 5 — 1947.
13. *Rotstad.* Przypadek uporczywych porażeń popłonicznych. 8 — 1946.
14. *Taniewski.* Podwójne widzenie w związku ze znieczuleniem przegrody nosa. 5 — 1947.
15. *Wenda.* Dwa przypadki mechanicznego uszkodzenia skrzyżowania wzrokowego. 5 — T — str. 139. 1947.
16. *Zimanowicz.* Wojenne uszkodzenia nerwów obwodowych. 12 — 1947.

9) *Guzy. Ropnie. Pasożyty. Kila.*

1. *Aleksandrowicz, Arend* i *Spettowa.* Przypadek złośliwego nowotworu śródpiersia z objawami ucisku rdzenia itp. 6 — T. str. 339.
2. *Brzezicki.* Nowotwór wielkości mandarynki, uciskający i drażniący korę l. półkuli mózgowej. 6 — 1945.
3. *Chorόbski* i *Kunicki.* O doszczętnym leczeniu ropni mózgu. 12 — 1947.
4. *Jasieński.* Przypadek torbieli skórzastej kanału kręgowego. 6 — 1948.
5. *Jarema.* Przypadek guza mózgu. 6 — 1945.
6. *Kunicki.* Dwa przypadki otorbionego ropnia mózgu. 6 — 1945.
7. *Radzimiński.* Przypadek perlaka zatoki czołowej. 8 — 1947.

8. *Rudowski.* O rozpoznawaniu guzów płatu czołowego. 8 — 1947.
9. *Rudowski. Chondrodysplasia hereditaria deformans* z zespołem ucisku rdzenia kręgowego. 6 — 1947.
10. *Staszewski.* Przypadek ropnia pourazowego mózgu. 5 — T. str. 139. 1947.

10) *Wojna i jej wpływ.*

1. *Baley.* Wpływ wojny na psychikę młodzieży i dorosłych w Polsce. 9 — 1947.
2. *Czuma.* Moralny koszt współczesnej wojny. str. 50. Lublin. 1946.
3. *Czyżewska.* Wpływ działań wojennych na zaburzenia okresu dojrzewania u dziewcząt. 19 — 1948.
4. *Golant.* Schorzenia psychiczne w okresie blokady wojennej w Leningradzie. 8 — 1946.
5. *Kaczyńska.* Psychiczne skutki wojny wśród dzieci i młodzieży. 19 — 1946.
6. *Radomska-Strzemecka.* Metoda i plan opracowania ankiety o psychicznych skutkach wojny. 19 — 1948.
7. *Stein.* Psychonerwica jeńców (choroba drutów kolczastych). jej objawy i mechanizm. 3 — 1948.
8. *Siemionkin.* Wpływ kataklizmów społecznych na życie psychiczne społeczeństw. str. 14 — 1947.
9. *Suchodolski.* Dusza niemiecka w świetle filozofii. str. 76. Poznań 1947.

11) *Nerwice. Bóle. Psychozy reaktywne.*

1. *Bilikiewicz.* O korzystnym wpływie przeżyć wstrząsających na stany reaktywne nerwicowe. 19 — 1947.
2. *Brzezicki.* Kliniczna analiza nerwowości. 6 — T — str. 539. 1948.
3. *Brzezicki.* O osobowości histerycznej. 6 — 1945.
4. *Kompf.* Bóle głowy pochodzenia nosowego. 3 — 1945.
5. *Majewska.* Napady drgawkowe w przebiegu ciąży, porodu i połogu. 8 — 1948.
6. *Michejda.* Stulecie uśmierzania bólu operacyjnego i aseptyki. 8 — 1946.
7. *Rajchel* Przypadek zaburzeń nerwowych z objawami psychicznymi. 6 — 1945.
8. *Służyński.* Psychozy inkubacyjne w gruźlicy. 14 — 1947.
9. *Sokół.* O bólach piekących. 8 — 1948.
10. *Tarajewicz.* W sprawie bólu piekącego. (kauzalgia). 8 — 1948.
11. *Taniewicz.* O głuchocie czynnościowej. 3 — 1948.

12) *Psychozy starcze i miażdżycowe. Padaczka.*

1. *Chłopicki.* Przypadek rozwijających się zmian psychiki na tle miażdżycy naczyń mózgu. 6 — 1945.
2. *Kania.* Przypadek pourazowej padaczki *Jacksona.* 6 — 1945.
3. *Kuligowski.* Walka z padaczką. 8 — 1946.
4. *Nowicki.* Opróżnienie komór w stanie padaczkowym pourazowym. 6 — 1945.
5. *Świerczek.* Psychozy inwolucyjne. 8 — 1947.

13) *Kazuistyka.*

1. *Arend* i *Jarema.* Przypadek choroby *Westphal-Strumpla* i choroby *Wilsona.* 6 — T. str. 35. 1948

2. *Brębowicz. Lipodystrophia progressiva.* 5 — 1947.
3. *Baniewicz.* Dwa przypadki zespołu *Webera.* 5 — T. str. 291. 1948.
4. *Dowżenko.* Nerwowe ośrodkowe objawy w zespole *Guillana* i *Barrego* w świetle własnych spostrzeżeń. 5 — 1947.
5. *Gibiński.* Dwa przypadki choroby *Cushinga.* 6 — T — str. 704. 1948.
6. *Hartwig. Acromegalia cum neurofibromatosi generalis.* 8 — 1948.
7. *Hartwig.* Zgrubienie kości czołowej (zespół *Morgagniego).* 8 — 1948.
8. *Jarema.* Dwa przypadki *myasteniae pseudoparaliticae.* 6 — 1945.
9. *Jarema.* Rozpoznanie kliniczne choroby *Picka.* 6 — T — str. 490. 1948.
10. *Jarema.* O chorobie *Picka* i jej klinicznym rozpoznaniu z opisem własnego przypadku. 6 — 1948.
11. *Jarema.* Przypadek choroby *Wilsona.* 6 — T — str. 37. 1948.
12. *Iwaszkiewicz.* Choroba *Meniera:* leczenie histaminą. 8 — 1947.
13. *Majewska* i *Sokołowski.* Dwa przypadki kurczowego porażenia kończyn o nietypowym obrazie klinicznym. 8 — 1948.
14. *Mazurek. Chondrodysplasia hereditaria deformans.* 8 — 1948.
15. *Mikinka.* Następstwa porażeń prądem elektrycznym. 5 — 1947.
16. *Mikułowski.* Przyczynek do choroby *Heine-Medina* u dzieci. 6 — 1948.
17. *Pawlikowski.* Ciche uodpornienie w patogenezie choroby *Heine-Medina.* 5 — 1945.
18. *Szajna. Myaglia epidemica.* 5 — 1947.
19. *Tulczyński.* Niezwykły przypadek otyłości. 8 — 1948.

14) *Endokrynologia.*

1. *Ber.* Endokrynologia. 1948.
2. *Nowakowski.* Rodzinne występowanie wola endemicznego. 8 — 1948.
3. *Nowakowski.* Spis wola w powiatach myślenickim i nowosądeckim w r. 1946. 6 — 1947.
4. *Teter.* Ostra niedomoga przysadki mózgowej. 8 — 1946.
5. *Sokołowski.* W sprawie choroby *Hand-Christian-Schullera.* 8 — 1948.
6. *Tulczyński.* Kilka zespołów endokrynologicznych na tle zaburzeń śródmózgowia. 8 — 1948.

15) *Diagnostyka. Badania pomocnicze.*

1. *Borysowicz.* Praktyczne znaczenie odczynu *Takata-Ara* w rozpoznawaniu kiły układu nerwowego. 8 — 1947.
2. *Dowżenko.* Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach wścieklizny u człowieka. 6 — 1947.
3. *Dowżenko.* O pochodzeniu krzywej paralitycznej odczynu złotowego, oraz o odczynie *Weichbrodta* w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadku krwotoku podpajęczynówkowego. 6 — 1947.
4. *Dowżenko.* Wpływ przypadkowej domieszki krwi na właściwości płynu mózgowo-rdzeniowego. 8 — 1946.
5. *Dowżenko.* Znaczenie badania białka w diagnostyce płynu mózgowo-rdzeniowego. 8 — 1947.
6. *Dowżenko.* Kilka uwag w sprawie przygotowania koloidu złota do badania płynu mózgowo-rdeniowego. 8 — 1946.
7. *Jus.* Osiągnięcia elektrokardiografii klinicznej. 6 — T — str. 702. 1948.

8. *Karpe Gosta.* Elektroretinografia — nowy sposób klinicznego badania oka. 8 — 1947.

16. *Lecznictwo neurologiczne i psychiatryczne. Neurochirurgia.*

1. *Aleksandrowicz.* Pierwsze próby kliniczne nad leczniczym wpływem iperytu azotowego w gruźlicy kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem przypadków powikłanych porażeniami. 8 — 1948.
2. *Bagiński.* Zmiany histologiczne układu nerwowego pod wpływem wstrząsów elektrycznych. 8 — 1948.
3. *Dobrowolska.* Organizacja i metody pracy w poradniach. 19 — 1946.
4. *Domaszewicz.* Neurochirurgia i jej potrzeby w Polsce. Dziennik Zdrowia. 1945.
5. *Ermich* i *Guja.* W sprawie tężyczki i jej leczenia. 14 — 1947.
6. *Ferens.* Wyniki operacyjne, uzyskane w zespołach uciskowych rdzenia kręgowego w 25 własnych przypadkach. 12 — 1947 i 6 — 1948.
7. *Grzędzielski* i *Rzepecki.* O stosowaniu prawidłowej krwi ludzkiej w stwardnieniu rozsianym. 8 — 1948.
8. *Garlej.* Niezwykłe objawy uboczne po lędźwiowej blokadzie nowokainowej. 8 — 1948.
9. *Jarema.* Elektrowstrząsy jako nowy sposób leczenia chorób umysłowych. 6 — 1945.
10. *Jarema.* Uśpienie elektryczne i jego zastosowanie w leczeniu chorób umysłowych.. 8 — 1948.
11. *Jarema.* Napady poronne w leczeniu wstrząsami elektrycznymi. 8 — 1946.
12. *Jarema.* O postępach w leczeniu wstrząsami elektrycznymi. 5 — 1947.
13. *Jarema.* Dziesięciolecie leczenia wstrząsami elektrycznymi. 6 — 1948.
14. *Korzeniowski.* Stan obecny lecznictwa psychiatrycznego w Polsce. 18 — 1948.
15. *Korzeniowski.* Leukotomia przedczołowa i jej znaczenie dla leczenia chorób psychicznych. 19 — 1948.
16. *Kostrzewski.* O leczeniu chorych na tężec. 6 — 1948.
17. *Kistelska.* Rzadka postać powikłań podczas leczenia wstrząsami elektrycznymi. 8 — 1947.
18. *Malinowski.* W sprawie leczenia wstrząsami elektrycznymi. 8 — 1948.
19. *Malinowski.* Nakłucie podpotyliczne. 6 — 1948.
20. *Michalski* i *Klimkiewicz.* Próby leczenia miedzią zapalenia opon mózgowych. 8 — 1947.
21. *Rudowski* Doświadczenia z chondrotomią. 5 — 1947.
22. *Sliżyński.* Nowy sposób leczenia porażeń poblonicznych. 14 — 1947.
23. *Szpilczyński.* Leczenie zimnicą stwardnienia rozsianego. 5 — 1948.
24. *Szpilczyński.* O leczeniu elektrowstrząsami. 14 — 1947.
25. *Stępień.* Chirurgiczne leczenie wągrzycy mózgu. 12 — 1947.
26. *Stankiewicz.* Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych przy pomocy streptomycyny. 7 — 1948.
27. *Święcki.* Stosowanie roztworów nieizotonicznych w zaburzeniach ciśnienia wewnątrzczaszkowego. 12 — 1947.
28. *Trawiński.* W sprawie leczenia tężyczki pooperacyjnej. 8 — 1947.
29. *Wiśniewski.* Patogeneza i leczenie złośliwego wytrzeszczu w chorobie *Gravesa.* 8 — 1948.

30. *Wójcicki H.* Narko-analiza w leczeniu psycho-nerwic. 19 — 1948.
31. *Zajączkowski.* Przyczynek do leczenia poradnianego szokami elektrycznymi. 19 — 1948.

17. *Szpitalnictwo.*

1. *Bilikiewicz.* O poziom naukowy prowincjonalnych Zakładów psychiatrycznych. 8 — 1946.
2. *Dąbrowski.* Sprawozdanie Centralnego Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej w Warszawie. 9 — 1947.
3. *Gallus.* Obecny stan szpitalnictwa psychiatrycznego i opieki nad chorymi psychicznie w Polsce. 8 — 1947.
4. *Issajewicz.* Losy Państwowego Zakładu dla Umyslowo i Nerwowo Chorych w Kobierzynie z czasów okupacji i po przelomie. 6 — 1945.
5. *Ossendowski.* Abramowice, szpital psychiatryczny. Str. 2. Lublin. 1945.
6. *Siemionkin.* Nowoczesny szpital psychiatryczny. 14 — 1946.

18. *Zjazdy. Sprawozdania z posiedzeń. Wspomnienia pośmiertne.*

1. *Handelsman. Witold Łuniewski* 1881 — 1943. (Próba profilu biograficznego). 8 — 1948.
2. *Handelsman* i *Kaczyński.* Ś. p. prof. *J. Mazurkiewicz.* Człowiek i Jego dzieło. 8 — 1947.
3. *Sembratowicz.* Jubileusz prof. dr. *Jana Mazurkiewicza.* 8 — 1946.
4. Sprawozdanie z działalności Tow. Neurologiczno-Psychiatrycznego w Krakowie. 6 — 1948. Str. 543.
5. Sprawozdanie z dzialalności Oddzialu Warsz. Pol. Tow. Psychiatrycznego za lata 1946 — 47. 8 — 1918.
6. 2 Zjazd Higieny Psychicznej. 8 — 1947.
7. XX Zjazd Psychiatrów Polskich 1.XI.1945 r. w Tworkach. 8 — 1946. Str. 69.
8. *Ziembicki. E. Artwiński.* Wspomnienie pośmiertne. 6 — 1945.

19. *Varia i podręczniki.*

1. *Brzezicki.* Krótki zarys psychiatrii. Str. 67. Kraków 1947.
2. *Bornsztein.* Wstęp do psychiatrii klinicznej. Łódź. Str. 374.
3. *Jarema.* Choroby nerwowe. Cz. I. Str. 227. Kraków. 1947.
4. *Rothfeld-Rostowski.* Podręcznik neurologii. Cz. I i II. Kraków. 1947.
5. *Kaczyńska.* Kształcenie higienistów psychicznych. 19 — 1946.
6. *Szymańska, Zajączkowski, Jaroszyński.* Placówki medyko-pedagogiczne w Polsce. 19 — 1948.

KOMUNIKAT

XXII Zjazd Psychiatrów Polskich odbędzie się 16 — 19 września 1949 r. w Gdańsku wspólnie ze Zjazdem Dyrektorów Zakładów Psychiatrycznych, zwołanym przez Ministerstwo Zdrowia.

W czasie Zjazdu odbędzie się XXIV Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

KOMUNIKAT

Dnia 12 czerwca 1949 r. odbył się w Łodzi zjazd przedstawicieli ośrodków uniwersyteckich, na którym utworzono Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne. Towarzystwo skupiać będzie w swych szeregach tych wszystkich pracowników nauk lekarskich, lekarsko-weterynaryjnych, przyrodniczych, farmaceutycznych, chemicznych i innych działów biologii, którzy zajmują się zagadnieniami z dziedziny endokrynologii.

Celem Towarzystwa będzie popieranie i koordynowanie prac z wszelkich dziedzin endokrynologii, doświadczalnych i praktycznych, gromadzenia materiałów świadczących o wkładzie uczonych polskich do ogólnej wiedzy o wewnętrznym wydzielaniu, organizowanie zjazdów naukowych, opiniowanie w sprawach teoretycznych i praktycznych z dziedziny endokrynologii oraz wydawanie specjalnego czasopisma, poświęconego wszelkim zagadnieniom endokrynologicznym tak z dziedizny medycyny, jak i botaniki, zoologii itp.

Zapisy na członków Towarzystwa przyjmuje przewodniczący Zarządu (Prof. dr *A. Ber* Łódź, Daszyńskiego Nr 30) oraz członkowie Zarządu i przedstawiciele Zarządu w poszczególnych ośrodkach akademickich (Prof. dr *St. Liebhart* Lublin, Graniczna Nr 1, Doc. dr *K. Miętkiewski* Poznań, Matejki Nr 37, Prof. dr T. *Pawlikowski* Rokitnica-Bytomska, Szpitalna Nr 19, Prof. dr *E. Reicher,* Warszawa, Miodowa Nr 15, Doc. dr *I. Roszkowski* Gdańsk-Wrzeszcz, Kliniczna 1 a, Prof. dr *S. Skarżyński* Kraków, Św. Marka Nr 8, Prof. *S. Skowron* Kraków, Kopernika Nr 7, Doc. dr *A. Tuszkiewicz* Wrocław, Pasteura Nr 11, Prof. dr *J. Węgierko* Szczecin, Kochanowskiego Nr 16.

24 i 25 września 1950 r. odbędzie się w Łodzi pierwszy Ogólnopolski Zjazd Towarzystwa Endokrynologicznego, organizacyjny i naukowy. Tytuły doniesień

naukowych z wszelkich dzien endokrynologii należy zgłaszać do dnia 1 czerwca 1950 r. na ręce członków lub przedstawicieli Zarządu Towarzystwa.

Towarzystwo będzie wydawało własne czasopismo i wzywa do składania oryginalnych prac naukowych na ręce redaktora naczelnego (Prof. dr *A. Ber*) lub jego zastępców (Prof. dr *S. Liebhart* i Prof. dr *S. Skarżyński*).

Zarząd:

Przewodniczący: Prof. dr *A. Ber*
Zastępca Przewodniczącego: Prof. dr. *S. Skowron*

Członkowie: Prof. dr *S. Liebhart*
Prof. dr *T. Pawlikowski*
Doc. dr *A. Tuszkiewicz*

KSIĄŻKI I CZASOPISMA NADESŁANE DO REDAKCJI

książki i broszury:

Maurycy Bornsztajn: Wstęp do psychiatrii klinicznej. Łódź, 1948, Księgarnia Ludowa. str. 374.

Tadeusz Bilikiewicz: Psychologia marzenia sennego. Gdańsk, 1948, Księgarnia Gdańska 325.

Stanisław Szanter: Socjologia kobiety. Warszawa. 1948. Wyd. B. Kądziela. str. 452.

Przemówienia na uroczystej akademii ku czci ś. p. Prof. dra *Jana Mazurkiewicza,* dn. 25.4.1948 r.

czasopisma:

Zdrowie Publiczne
Digest of Neurology and Psychiatry
Medycyna doświadczalna i Mikrobiologia
Szpitalnictwo Polskie
Klinika Oczna
Przegląd Dermatologiczny
Przegląd Epidemiologiczny
Otolaryngologia Polska
Pediatria Polska
Gruźlica
Chirurgia narządów Ruchu i Ortopedia Polska
Polski Przegląd Chirurgiczny
Ginekologia Polska
Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej

STRESZCZENIA Z PRAC OBCYCH

M. O. GUREWICZ

W SPRAWIE PSYCHOZ URAZOWYCH

Problemy sowremiennej psychiatrii 1948.

Przy urazach czaszki dość rzadko widuje się formalnie wyrażone psychozy. Poszczególne objawy psychopatologiczne występują jednak z reguły przy najmniejszym urazie czaszki (utrata świadomości, w poźniejszym stanie astenia mózgowa psychiczna).

Ostre psychozy zdarzają się czasem i w późnych stadiach pourazowych. Zmienność, bogactwo ,objawów i cofanie się ich jest charakterystyczne. Bardzo często spotyka się zaburzenia świadomości. Psychozy pourazowe na ogół mijają szybko lecz mają skłonności do recydywy lub nawet przebiegu intermittującego. Mają one zawsze jednak skłonność do wyleczenia. Zaburzenia krążenia, zatrucia itp. często powodują wznowy.

Nie ma równoległości pomiędzy zmianami psychicznymi, a zaburzeniami wegetatywnymi, przedsionkowymi i serologicznymi. Również zależność psychozy od wielkości uszkodzenia i objawów ubytkowych jest niestala. Anatomopatologiczne nie można ustalić czy byla psychoza, choć stwierdza się zawsze skutki urazu.

Żadna psychoza (a więc i traumatyczne) nie zostawia dowodów w postaci zmian komórkowych. Nie świadczy to jednak o niezależności psychoz od zmian komórkowych tym bardziej, że psychozy mijają a więc nie mogą być związane z trwałymi zmianami komórkowymi. Urojenia również nie mogą być wytlumaczone zniszczeniami komórkowymi.

Dzisiejsze poglądy na istotę psychoz znajdują ich podstawę w zaburzeniu działalności synaps. Odnosi się to zwłaszcza do zaburzeń psychicznych pourazowych. Już *Henszen* mówi o urazowej asynapsji. Synapsy łączą w sposób żywy i zmienny elementy i systemy nerwowe. Dzialalność ich może objaśnić integrację czynności a więc i działalność umyslową.

Zaburzenie dzialalności synaps prowadzi do dezintegracji czynności psychicznych przy nienaruszonych komórkach (jak w ostrej psychozie). Przy dezintegracji

zachodzi patologiczna integracja przez nienormalne połączenia w synapsach, co tłumaczy produkcję chorobową w psychozach (niewytłumaczalną jako wypadnie pobudzenie czy hamowanie). Odnowienie normalnych połączeń w synapsach prowadzi do reintegracji czynności — wyzdrowienia.

Teoria synaps zadawalająco wyjaśnia odbudowę czynności przy leczeniu radykalnym (szoki, trwały sen, narkoza pobudzająca skutecznie) właśnie w ostrych stadiach psychoz.

Zmienność połączeń w synapsach charakteryzuje najwyższe czynności psychiczne, przede wszystkim myślenie i świadomość. Ulegają one dezintegracji już przy zasypianiu i reintegrują się z łatwością przy budzeniu ze snu. Przy urazowych uszkodzeniach mózgu, często spotyka się zaburzenia świadomości, patologiczną produkcję, a potem reintegrację. Oprócz klinicznie stwierdzonych zaburzeń asynapsja przejawia się w zaburzeniach stanu czynnościowego tkanki nerwowej, stwierdzonych elektroencefolograficznie i przy badaniu chronaksji (heterochronizm). Zmiany te są odwracalne, co odpowiada wyleczeniu psychozy. *Magnicki* stwierdził, że wstrząs insulinowy zmniejsza heterochronizm, a przy wyleczeniu następuje normalizacja danych.

Romano i Engel stwierdzają zmiany EEG we wszystkich przypadkach zaburzeń świadomości i te zmiany mijają przy powrocie świadomości. Zmiany te zależne są wyłącznie od stopnia zaburzenia świadomości, tj. według autora, od korowej asynapsji. *Grynblat* twierdzi, że zmiany EEG przy chronicznym alkoholizme występują tylko w psychozach, przy czym największe są w zespole Korsakowa.

Ostre przemijające psychozy charakteryzują się więc zmianami czynnościowymi tkanki nerwowej, uwidaczniającym się w EEG. Autor uważa je za asynapsje.

Przy niepomyślnie przebiegających psychozach oprócz dezintegracji zachodzą zjawiska ubytku (anatomopatologicznie i klinicznie). Oprócz dezintegracji przy psychozie obserwuje się również pobudzenie, hamowanie i rozhamowanie (co odpowiada afektom, popędom, instynktom). Jednakże tylko dezintegracja wiedzie do patologicznej integracji, a więc i do chorobowej produkcji, charakteryzującej psychozy.

To wszystko odnosi się do psychoz pourazowych, które są podobne do innych egzogennych. Charakterystyczne dla pourazowych są częste recydywy, przebieg przerywany. Wskazuje to na nietrwałość reintegracji i zależy od zaburzeń wegetatywnych i mózgowej astenii. Być może, że mózgowa astenia łączy się z „atanią synaps" EEG.

Teoria synaps zadowalająco tłumaczy istotę psychoz pourazowych.

B. A.

SZMARIAN

KLINIKA I PSYCHOPATOLOGIA GUZÓW KANAŁU PRZYSADKOWEGO

Probliemy sowriemiennoj psichiatrii 1948.

Wszystkie nowotwory kanału przysadkowego, niezależnie od wariantów w klinicznym przebiegu, lokalizacji i strukturze histopatologicznej, podlegają ogólnobiologicznym prawom procesu nowotworowego. Zaburzenia psychiczne przy guzach

kanału przysadkowego ujawniają się głównie przy lokalizacji ponadsiodełkowej (*infundibulum*) z kierunkiem wzrostu w stronę kory cz. podstawowej okolicy czołowej i systemu komorowego (komory boczne i III). W patogenezie zaburzeń psychicznych obok miejscowych, anatomopatologicznych osobliwości procesu duże znaczenie ma również czynnik fizykochemiczny.

Nowotworom typu *craniopharyngeoma* towarzyszy powstawanie torbieli zawierających szaro-żółtawą ciecz z dużą zawartością cholesterolu.. Wzrost torbieli, który pociąga za sobą ścieńczenie ścianki, daje od czasu do czasu opróżnienie torbieli otaczającej tkanki mózgowej, połączone z toksycznym drażniącym oddziaływaniem. Olbrzymia ilość cholesterolu oraz innych produktów rozpadu, wyzwolonych przy opróżnianiu torbieli, wywołuje kliniczne obrazy toksycznego zapalenia opon mózgowych i *meningo-encephalitis* o burzliwym przebiegu. Periodyczne opróżnianie się torbieli i ich dalszy rozrost, zaburzenia w dynamice płynu mózgowo-rdzeniowego wyjaśniają wahania w przebiegu klimatycznym z rzadkimi obostrzeniami i remisjami, tak charakterystyczne dla *craniopharyngeoma.*

W obrazie klinicznym, mimo złożonej patogenezy, można wyodrębnić dwa podstawowe warianty: 1) z przewagą patologii systemu międzymózgowo-przysadkowego, 2) z porażeniem kory płatów czołowych wewnątrzsiodełkowa lokalizacja nowotworu nie daje objawów psychopatologicznych.

Wrodzony charakter nowotworu, niezależnie od czasu ujawniania się obrazu klinicznego, warunkuje szereg osobliwości konstytucjonalnych, tworzących podłoże, na którym rozwija się proces. Te patologiczne oznaki konstytucjonalne wskazują na niewydolność układu międzymózgowo-przysadkowego (charłactwo przysadkowe, zaburzenia naczyniowe i odżywcze, lekkie formy *dystrophiae adiposo-genitalis).* Dla kliniki i patologii guzów duże znaczenie ma czynnik wzrostowy. W wieku dziecięcym klinika *craniopharyngeoma* o lokalizacji pozasiodełkowej daje przeważnie zaburzenia funkcji układu przysadkowo-międzymózgowego odbijające się na wzroście i rozwoju organizmu, podczas gdy u dorosłych zaburzenia wewnątrzwydzielnicze odsuwają się na dalszy plan, a najbardziej uderzające są objawy ze strony skrzyżowania nerwów wzrokowych i okresowo występujące objawy pochodzenia komorowego. W przypadkach, gdy zaburzenia wewnątrz-wydzielnicze są u dorosłych słabo wyrażone i choroba zaczyna się obrazem klinicznym porażenia układu komorowego i płata czołowego, diagnostyka jest utrudniona. Często wtedy mogą występować zaburzenia psychiczne, których obecność prowadzi do fałszywych rozpoznań. Z drugiej strony objawy psychotyczne, występujące w różnych fazach rozwoju guzów typu *craniopharyngeoma,* ściśle związane z porażeniem układu diecenfalicznego i uzależnione od jego spójni z korą dużych półkul, służyć mogą jako ważne kryteria diagnostyczne.

W odróżnieniu od guzów z pierwotną lokalizacją w korze płata czołowego na podstawie mózgu przy odmianie *craniophyryngeoma* występuje ciasne powiązanie symptomów wewnątrzwydzielniczych, wegetatywnych chiazmatycznych i psychopatologicznych wskazujących na punkt wyjściowy procesu z *diencephalon.*

Do najwcześniejszych objawów należy porażenie skrzyżowania nerwów wzrokowych pod postacią braków w polu widzenia i periodyczne napady pochodzenia komorowego z symptomatyką diencefaliczną.

Napadom tym towarzyszy charakterystyczna triada zaburzeń: nagła utrata wzroku, ciężkie bóle głowy, ostre stany psychotyczne o strukturze oneroidalnej z zej-

ściem w pełną remisję. Jeśli objawom tym towarzyszą zmiany stwierdzone rentgenologicznie, rozpoznanie *craniopharyngeoma* jest więcej niż prawdopodobne. Każdy napad (zwłaszcza w okresie początkowym) zakończyć się może pełnym odzyskaniem wzroku, co nierzadko prowadzi od omyłek rozpoznawczych. Trudności diagnostyczne nastręczają też stany maniakalne z następową remisją, które mogą być błędnie oceniane, jako endogenna psychoza okresowa.

Ujawnione klinicznie zespoły psychopatologiczne są w tych wypadkach bardzo różnorodne, ale biologicznie i lokalizacyjnie objęte prawidłowością i związane z mechanizmami patologicznego snu i jego pochodnymi. Ostre napady psychotyczne w postaci splątania, stuporu apatyczno-adynamicznego, stanów oneroidalnych, stanów zbliżonych do zespołu Korsakowa występują w ramach dyssocjacji snu i innych zaburzeń wegetatywnych. W miarę pogłębiania się procesu, zwalniający charakter napadów przechodzi w trwały stan psychotyczny z sennością i zespołem amnestycznym, co w dalszym ciągu rozwoju prowadzi do stanu śpiączki i zejścia śmiertelnego.

Zespoły maniakalne, deliryjne, halucynacyjne, konfabulacyjne powstają z reguły w ramach zaburzeń oneroidalnych, podczas gdy zespołom apatyczno-adynamicznym i amnestycznym towarzyszy patologiczna senność i brak napędu ruchowego. Zależnie od intensywności i rozprzestrzeniania się procesu istnieją dynamiczne przejścia między tymi stanami. Podczas gdy dla pierwotnej lokalizacji w *diencephalon* charakterystyczna jest ścisła zależność objawów psychicznych i somatycznych, lokalizacja korowa daje obraz ich dyssocjacji. Badania nad guzami przysadki rzucają ciekawe światło na fizjologię pnia mózgowego i na wpływ poszczególnych jego części na korę mózgową. Przednia część okolicy podwzgórzowej działa aktywująco na czynności kory mózgowej, co objawia się w patologii stanami hyperdynamicznymi aż do stanów maniakalnych z uporczywą bezsennością, jądra tylne *(corpora mamillaria)* hamują działalność kory aż do pełnej adynamii wraz z zespołem Korsakowa i patologiczną sennością.Przy porażeniu okolicy podwzgórzowej, w szczególności przy guzach typu *craniopharyngeoma* obserwuje się stany naprzemienne to podniecenia maniakalnego z napięciem układu sympatycznego, to znów stany przymroczenia z adynamią i zespołem Korsakowa z towarzyszącym napięciem układu parasympatycznego.

Zespół amnestyczny na tle porażenia tylnych jąder podwzgórza charakteryzuje się całym szeregiem objawów, które pozwalają odróżnić go od takiegoż zespołu wywołanego porażeniem kory mózgowej.

Przy lokalizacji podwzgórzowej występują zawsze zaburzenia wegetatywne oraz objawy rozstroju podstawowych funkcji życiowych jak: ogólna hypotonia i astenia, patologiczna senność i odwrócenie rytmu snu, *anorhezia,* hypotermia, obniżenie przemiany podstawowej z zachowaniem zasadniczych funkcji korowych i zachowaną osobowością. Przy porażeniach korowych — brak zaburzeń wegetatywnych i witalnych, pierwotne zaatakowanie funkcji amnestycznych przy dalszym rozprzestrzenianiu się procesu doprowadzić może do objawów agnostycznych, apraktycznych i afatycznych. Symptomy epileptyczne przy guzach typu *craniopharyngeoma* mają bardzo ważne znaczenie dla diagnostyki; najczęściej występują ataki podkorowe i pnia mózgowego: drgawki toniczne z głęboką utratą przytomności, napady *opistotonus* i sztywności odmóżdżeniowej, ataki trzewione, ze strony układu wegetatywnego, kataleptyczne, narkoleptyczne, napady utraty napięcia mięś-

niowego z adynamią, hyperkinezy pozapiramidowe z ruchami choreatycznymi, atetotycznymi oraz drgawkami mioklonicznymi.

Najczęstsze są napady sztywności odmóżdżeniowej z zaburzeniami oddychania, które doprowadzić mogą do zejścia śmiertelnego, bliskie opisanym przez *Jacksona* atakom „móżdżkowym". W rzeczywistości są one związane z zaburzeniami działalności móżdżku, a przylegającego do niego pnia mózgu i są objawem odmóżdżenia funkcjonalnego na poziomie przejścia mostu w rdzeń przedłużony. Z grupy objawów ze strony pnia spotyka się często tzw. epilepsje pochodzenia międzymózgowego typu sympatycznego lub parasympatycznego.

Napady toniczne o lokalizacji w pniu mózgowym przebiegają często według typu *petit mal* z zupełną utratą przytomności i całkowitą amnezją. Chory zastyga w pozie ogólnego zesztywnienia, z bezmyślnym spojrzeniem, atakowi towarzyszą zaburzenia naczynioruchowe i ślinotok. Ataki takie obserwowano przy guzach typu *craniopharyngeoma* i *glioma* III komory.

Drugi typ *petit mal* chrakteryzuje się nagle ujawnionym automatyzmem ruchowym, dowodzącym porażenia wyższych dynamizmów przy zachowaniu automatycznych funkcji kory i wskazuje na pierwotne porażenie czołowe.

Rozwój stanów zamroczeniowych, dużych i małych napadów wskazuje na rozprzestrzenienie się procesu na powierzchnię podstawową płatów czołowych i skroniowych.

Nieraz stany zamroczenia i drgawkowe spowodowane są utrudnieniem krążenia płynu między komorami bocznymi i III w związku z zatkaniem otworów Monroego. Występują wtedy napady bólów głowy (podobne do migreny) oraz zawrotów głowy z zaburzeniami świadomości (zamroczenie) z enforią i uporządkowanymi automatycznymi przejawami ruchowymi. Postępujący wzrost *craniopharyngeoma* prowadzi nierzadko do rozprzestrzenienia się procesu nowotworowego na korę mózgu; dołączają się wtedy objawy wodogłowia i podniesienia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Wciągnięcie w proces kory płatków czołowych objawia się porażeniami i rozwojem trwałych stanów psychotycznych wraz z wyraźną degradacją osobowości.

H. Heflich-Piątkowska

J. M. NIELSEN

PLANOWANIE RUCHÓW ZAMIERZONYCH I ROLA OKOLICY CIEMIENIOWO-POTYLICZNEJ W DZIAŁANIU ZAMIERZONYM

(The Journal of Nervous and Mental Disease 1948, 108, 5, 361—365)

Artykuł omawia fizjologię ruchów zamierzonych *(planned)*. Wiadomo, że ruchami tymi zajmuje się tylne pole kojarzeniowe *Flechsiga*, nagromadzono też szereg spostrzeżeń szczegółowych, ale ich nie uporządkowano i nie wyprowadzono dotychczas wniosków ogólnych.

Przez ruchy zamierzone rozumie autor ruchy, na których zogniskowana jest uwaga i przy których osobnik myśli o części ciała wykonywującej ruch. Cechy te stanowią odróżnienie od 1) ruchów popędowych, 2) automatycznych i—3) odruchów.

Ruchy popędowe *(impulsive)* wykonywa się z myślą, przy niedostatecznej koncentracji i bez rozważenia następstw. Ruchy automatyczne charakteryzują się tym, że były poprzednio wielokrotnie wykonywane i odpowiada im zespół engramów, pozwalający na niekoncentrowanie uwagi.

Po tym wstępie analizuje autor niektóre cechy parkinsonizmu a następnie — apraksji ideokinetycznej.

Poza powszechnie znaną sztywnością i drżeniem dla parkinsonizmu jest charakterystyczna utrata automatyczności ruchów przy względnie dobrze zachowanej zdolności do wykonywania ruchów zamierzonych i — w mniejszym stopniu — popędowych. Parkinsonik nie może przewrócić się na łóżku, napić się ze szklanki itp. bez szczególnej koncentracji uwagi i planowania każdej fazy tych ruchów. Największemu zaburzeniu ulegają te ruchy, które poprzednio były najbardziej zautomatytyzowane. Pewna chora, z zawodu pianistka, grała także na skrzypcach ,nie opanowała ich jednak w tym stopniu, co pierwszego instrumentu. Po zachorowaniu nie mogła grać na fortepianie, natomiast nieźle radziła sobie z grą na skrzypcach, wymagającą koncentracji uwagi.

Wszystkie ruchy zautomatyzowane wyglądają karykaturalnie, jeżeli koncentruje się uwagę na ich poszczególnych etapach. Podobna sytuacja zachodzi u parkinsoników. Uszkodzenie anatomiczne stwierdzamy u parkinsoników nie w korze, lecz w gałce bladej, substancji czarnej i w innych jądrach podkorowych. Możemy więc sądzić, że w normalnym rozwoju automatyzacji następuje uwolnienie okolicy ciemieniowo-potylicznej, biorącej początkowo udział w planowaniu ruchów. Po uszkodzeniu ośrodków podkorowych wspomniana okolica kory musi znowu brać udział w planowaniu poszczególnych ruchów — podobnie, jak to miało miejsce przed ich zautomatyzowaniem.

W apraksji ideokinetycznej mamy do czynienia z sytuacją odwróconą. W tym zespole chorobowym pacjent może wykonywać ruchy zautomatyzowane, natomiast nie może wykonać czynności zamierzonych.

Może np. przy mowie posługiwać się ruchami języka, ale traci zdolność odpowiedniego poruszania językiem jeżeli zaczyna koncentrować uwagę na tych ruchach. Nie może też np. oblizać górnej wargi na wydane polecenie, może natomiast odruchowo oblizać wargę, podrażnioną słabym roztworem kwasu. Mamy tu więc do czynienia właśnie z zaburzeniem ruchów zamierzonych. Lokalizacja planowania ruchów jest wątpliwa, w każdym razie nie możemy stwierdzić, aby te czynności zależały od *gyrus supramarginalis* (przeczą temu obserwowane przypadki obustron-Chodzi tu prawdopodobnie o jakiś inny odcinek między tylnym polem kojarzenio-nego uszkodzenia tej okolicy, w których nie stwierdzono odpowiednich zaburzeń) wym *Flechsiga* a środkami ruchowymi płata czołowego. W poszukiwaniu tego odcinka robi autor przegląd niektórych odcinków płata ciemieniowego i potylicznego: *gyrus postcentralis* służy do rozpoznawania bodźców dotykowych, górny odcinek kory ciemieniowej uważany jest za siedlisko rozpoznawania przedmiotów dotykanych, w *gyrus supramarginalis* lokalizujemy świadomość czucia własnych kończyn, a przy uszkodzeniu tego odcinka następuje zapominanie o istnieniu kończyn. W *gyrus angularis* mieści się rozpoznawanie pisma: obszar obejmujący tylny tylny brzeg zwoju kątowego oraz część pola nr 19 *Brodmana* odpowiada schematowi ciała jako całości, a także bierze udział w różnych innych czynnościach.

W przypadkach uszkodzeń tego odcinka stwierdzamy między innymi takie zaburzenia, jak: agrafia, akalkulia, apraksja palców, wzrokowa agnozja palców, utrata wzrokowego kierowania palcami *(apraxia constructive Kleista)*, dalej — agnozja wzrokowa przedmiotów żywych, wzrokowa autotopoagnozja, zaburzenia w rozróżnianiu strony prawej i lewej.

Apraksja ideokinetyczna nie następuje skutkiem uszkodzeń ograniczających się do płata ciemieniowego.

Czynności płata potylicznego odnoszą się do wzrokowego postrzegania i poznawania, pamięci wzrokowej oraz ruchów gałek ocznych.

Wydaje się jednak, że ruch zamierzony wymaga wyobrażenia sobie wzrokowego położenia ciała lub jego części. Schemat ciała zaś lokalizowany jest w polu nr 19. Z faktu, że uszkodzenia tylnego odcinka pola 19 nie powodują apraksji ideokinetycznej, wnioskujemy, że planowanie zamierzonych ruchów ma miejsce w przednim odcinku pola 19.

Stwierdzono, że apraksja ideokinetyczna ma tendencję do cofania się, jeżeli uszkodzenie jest jednostronne i niepostępujące. Należy wobec tego przypuszczać, że możliwe jest wytworzenie ośrodka koodynacyjnego w drugiej nieuszkodzonej półkuli.

J. J.

M. J. SEREJSKIJ

WYNIKI I PERSPEKTYWY AKTYWNEJ TERAPII PSYCHOZ

(Newropatologia i Psichiatria, 1948, 6)

Psychiatrzy sowieccy opierają wskazania do stosowania tej czy innej metody aktywnej terapii nie na danych statystycznych, lecz na różnicowaniu funkcjonalnych, dynamicznych, odwracalnych zespołów. Ramy klasyczne form schizofrenii okazały się niedostateczne dla wypracowania wskazań do aktywnej terapii. Okazało się, że na przykład katatonia *Kraepelina* zawiera różne struktury kliniczne, które w różny sposób reagują na leczenie aktywne.

To stało się bodźcem do szukania wskazań do aktywnej terapii nie w ramach tak zwanych monolitowych form *Kraepelina,* statycznych i często opornych na leczenie, lecz w ramach dynamicznych, wielorakich, funkcjonalnych zespołów. Formy monolitowe, to takie formy, gdzie proces osiąga „stadium równowagi na nowym patologicznym poziomie". Te formy widzi się coraz rzadziej, gdyż chorzy obecnie przychodzą na leczenie stosunkowo wcześnie.

Według materiałów klinicznych, najlepsze rezultaty przy schizofrenii daje leczenie insulinowe i przedłużony sen. W świeżych przypadkach leczenie insulinowe daje 58,7% remisji (A i B według klasyfikacji autora), przedłużony sen — 41.2%, leczenie elektrowstrząsowe — 25,6%, przerywany sen amytalowy — 23.2%. Zestawienie materiału klinicznego dało możność podziału różnopostaciowych, dynamicznych zespołów na podstawie stopnia ich odwracalności pod wpływem różnych typów aktywnego leczenia.

Zespoły podzielono na następujące trzy grupy: 1) Zespoły całkowicie odwracalne, 2) Zespoły, które pod wpływem leczenia tracą swoją aktualność i wyrazistość, co prowadzi do polepszenia stanu chorego, 3) Zespoły całkowicie nieodwracalne.

Całkowicie odwracalne przy każdej metodzie aktywnego leczenia są następujące zespoły: ostry paranoid, zespół katatoniczno-oneryczny, zespół katatoniczno-paranoidalny z ostrą halucynozą. Całkowicie nieodwracalne przy każdej metodzie leczenia są: paranoid usystematyzowany, zespół parafreniczny i paranoiczny, „pusty stupor", chroniczne katatoniczne podniecenie i zespół hebefreniczny. Częściowo odwracalny przy każdym leczeniu jest zespół depresyjno hipochondryczny. Zespół omamowo-paranoidalny całkowicie nieodwracalny przy leczeniu elektrowstrząsowym, jest całkowicie odwracalny przy leczeniu insulinowym. Zespół omamowo-paranoidalny z cenestopatiami i urojeniami oddziaływywania oraz zespół apatyczno-abuliczny, nie poddające się leczeniu elektrowstrząsowemu, są częściowo podatne na insulinę. Odwrotnie, zespół depresyjny, nie poddający się insulinie, całkowicie ustępuje przy elektrowstrząsach, jak również częściowo zespół maniakalny. Zespół katatoniczno-depresyjno-paranoidalny i katatoniczno-hebefreniczny częściowo poddają się insulino-terapii i elektro-terapii, mniej leczeniu snem. W końcu zespół depresyjno-paranoidalny, depresyjno-asteniczny i nerwicopodobny, tylko częściowo odwracalny przy insulinowym i elektrycznym leczeniu dają najlepsze rezultaty przy długim, nieprzerywanym śnie. Zespół depresyjno-obsesyjny nie poddaje się insulino- i elektro-terapii, częściowo natomiast poddaje się leczeniu snem amytalowym.

Powyższy schemat nie pretenduje do wyczerpującego podania wszystkich klinicznych i odpowiadającym im leczniczych możliwości. Trzeba zawsze mieć na uwadze przebieg i zmienność obrazu chorobowego i odpowiednio do tego zmieniać też metodę leczenia.

Z powyższego widzimy, że w ramach schizofrenii elektrowstrząsowe leczenie daje najlepsze wyniki tam, gdzie mamy zaburzenia uczuciowości protopatycznej i psychomotoryki, zaś insulina daje najlepsze wyniki tam, gdzie mamy zaburzenia wyższych integracyjnych funkcji intelektu i świadomości i częściowo wyższych funkcji woli. To samo mamy przy leczeniu psychoz nieschizofrenicznych. Doświadczenie wykazało, że w depresji inwolucyjnej terapia elektrowstrząsowa daje dobry wynik w przeważającej ilości wypadków, zaś leczenie insulinowe prawie nie daje efektu; kiedy jednak w przypadku psychozy inwolucyjnej mamy element paranoidalny, skuteczność elektroterapii obniża się, a skuteczność insulinoterapii wzrasta.

Można mówić o dwu rodzajach zaburzeń afektywnych: 1) takich, które dotyczą niższych instancji afektywnych *(diencephalon)* z minimalnym udziałem kory mózgowej 2) takich, które dotyczą głównie kory mózgowej. Leczenie elektrowstrząsowe pomaga odgraniczyć te dwa rodzaje zaburzeń afektywnych (skuteczność elektro-terapii w depresji inwolucyjnej i psychozie maniakalno-depresyjnej oraz jej nieskuteczność na przykład w schizofrenii paranoidalnej, gdzie zaburzenia afektywne są bardziej intelektualizowane, a nie elementarne).

Autor badał mózgową przemianę materii podczas stosowania aktywnej terapii za pomocą badania krwi dopływającej i odpływającej z mózgu. Powyższe badania

doprowadziły go do wniosku, że miejscem działania insulino-terapii i elektro-terapii jest międzymózgowie i śródmózgowie. Międzymózgowie stanowi wrota wejściowe dla aktywnej terapii. Przemawia za tym nagła utrata świadomości przy elektrowstrząsach, liczne neurowegetatywne objawy przy wstrząsach poronnych, oraz automatyzmy pozapiramidowe. Również dowodem jest fakt, że wstrząsy elektryczne są typu podkorowego, gdyż dwustronna dekortykacja nie zmienia ataków, dilantyna, działająca na korę, znosi elektryczną korową padaczkę, nie działając na ataki przy elektro-terapii.

Pobudzenie międzymózgowia i śródmózgowia występuje przy wszystkich rodzajach aktywnego leczenia (wstrząsy insulinowe, elektryczne, farmakologiczne). Przez pobudzenie międzymózgowia i śródmózgowia następuje pobudzenie centralnego układu wegetatywnego. Pobudzenie międzymózgowia wywołuje początkowo zmianę w okolicy witalno-protopatycznej, a następnie promieniuje na korę mózgową z jednej strony i na ośrodki somato-wegetatywnych funkcji z drugiej strony.

Działanie insuliny jest jakby szersze, korowo-podkorowe, z przewagą działania na układ parasympatyczny, zaś leczenie elektrowstrząsowe działa bardziej lokalnie, podkorowo, z przewagą działania na układ sympatyczny. Pod względem klinicznym różnica w działaniu insuliny i elektrowstrząsów polega na tym, że elektrowstrząsy usuwają zaburzenia elementarne, zespoły proste. Im bardziej zespół jest złożony, im więcej struktur intelektualno-gnostycznych wciągniętych jest w proces chorobowy, tym działanie elekrowstrząsów jest słabsze i tym skuteczniejsze jest leczenie insulinowe.

Naszym zadaniem jest rozszerzać zakres skutecznego stosowania leczenia. Na tej drodze można wyznaczyć sobie kilka etapów. W pierwszym rzędzie powinniśmy się zająć stanami odwracalnymi, ale nieuleczalnymi. Chodzi o stany, które przy stosowaniu aktywnej terapii nie dają trwałej poprawy, tylko chwilową. Widocznie w tych przypadkach terapia aktywna nie działa dostatecznie głęboko na mechanizmy mózgowe i nasze zadanie polega na tym, by przeprowadzać bardziej głębokie przestawienie funkcji centralnego układu nerwowego i osiągać przez to trwały efekt leczniczy. Możliwości w tym kierunku daje stosowanie leczenia kombinowanego, którego nie należy uważać za mechaniczną sumę dwu różnych metod, ale za coś jakościowo nowego.

W ciągu dwu ostatnich lat autor stosował następującą metodę leczenia kombinowanego: chory po wstrząsie elektrycznym bezpośrednio po ustaniu drgawek klonicznych otrzymuje 0,5 — 0,8 amytalnatrium *per rectum*. Chory w pierwszej dobie śpi 14 — 23 godz. Metodę tę nazwano „elektrosnem". Seria leczenia elektrosnem jest krótsza od serii elektrowstrząsów. Po leczeniu obserwuje się często przejściowy stan hipomaniakalny.

Okazało się, że zaburzenia ze strony tętna, oddychania, ciśnienia krwi, temperatury ciała były mniejsze przy leczeniu elekrosnem, niż przy leczeniu elektrowstrząsowym. To samo wykazały badania biochemiczne i hematologiczne. Fakty powyższe pozwalają zmniejszyć zakres cielesnych przeciwwskazań do leczenia aktywnego (np. przewlekłe choroby nerek).

Dokładne badanie katamnestyczne chorych leczonych elektrosnem wykazało dużą skuteczność tej metody. *L. S.*

HALPERN, G. BOURDON.

KURARA A UKŁAD WEGETATYWNY.

(La semaine des hopitaux 1948 24 annee N. 66, 2),

Pierwszymi badaczami stosunku kurary do układu wegetatywnego byli *Claude Bernard i Vulpian.* Opierając się na ich pracach, a także na pracach szeregu innych autorów opracowano stosunek kurary do niektórych układów neurowegetatywnych.

Vulpian stwierdził, że po wstrzyknięciu kurary drażnienie pnia szyjnego nerwu sympatycznego nie powoduje rozszerzenia źrenic. *Anderson* i *Langley* potwierdzili działanie paraliżujące kurary na układ sympatyczny przez blokowanie przewodnictwa w synapsach zwojowych. Stwierdzono, że kurara w dawce porażającej ruchy oddechowe znosi pobudzenia włókien ortosympatycznych i parasympatycznych przedzwojowych, a w dawce 5 razy większej — włókien pozazwojowych parasympatycznych. Wydaje się, że kurara nie znosi pobudliwości włókien sympatycznych pozazwojowych, np. drażnienie bezpośrednie źrenic.

Badania kliniczne i EKG nie wykazały by istniał jakiś wpływ kurary na rytm serca i mięsień sercowy.

Na ciśnienie krwi kurara wpływa w zależności od dawki, sposobu podania i rodzaju zw erzęcia doświadczalnego. Tak np. u królika zwiększa ciśnienie, u kota i psa przejściowo się obniża.

Kurara tamuje ruchy oddechowe przez porażenie układu neuro-mięśniowego aparatu oddechowego, na ośrodek oddechowy działa natomiast pobudzająco. Działanie kurary na pobudliwość nerwu błędnego: doświadczenia były przeprowadzone na psach, okazało się, że dawki średnie zmniejszają pobudliwość nerwu błędnego, dawki większe powodują całkowite jego porażenie, co w rezeultacie daje całkowitą atonię przepony. Działanie kurary na cholinosterazę i acetylcholinę: *Gautrelet* dowiódł na wyizolowanym sercu, że kurara działa antagonistycznie w stosunku do acetylcholiny, ważne to jest dlatego, że acetylcholina jest nie tylko łącznikiem chemicznym przy drażnieniu niektórych włókien układu roślinnego ale i pobudliwości nerwów korelacyjnych.

Prawdopodobne jest, że kurara działa na mięśnie prążkowane i na synapsy zwojowe przez szybszą hydrolizę acetylcholiny przez esterazę, zwłasza, że prostygmina syntetyczna, pochodna fizostygminy, może odnowić pobudliwość nerwów. A więc fizostygmina znosi w sposób swoisty cholesterazę. Prawdopodobnym jest, że kurara zwiększa aktywność cholinosterazy.

Kurara wstrzyknięta w dużych ilościach i szybko, powoduje skurcz zwieraczy oskrzeli.

W. Semadeni

ADOLF JUBA-KAPOSVAR.

ZABURZENIA FUNKCJI KORY MÓZGOWEJ PO WSTRZĄSACH ELEKTRYCZNYCH

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1948 1/2, 217 — 226)

Autor podaje ,że niektóre metody leczenia (wstrząsy insulinowe, naświetlania rentgenowskie, tetracor-pentamethylentetrosol) powodują zaburzenia korowe, analogiczne do stwierdzanych w uszkodzeniach ogniskowych.

Podobnie i wstrząsy elektryczne prowadzą do zaburzeń, które powszechnie uważa się za objawy ogniskowe, lokalizowane w korze ciemieniowo-potylicznej. Autor opisuje 5 takich przypadków: w 1 stwierdził: zaburzenia w zakresie rozpoznania palców rąk (zwłaszcza — kciuka) przy otwartych i zamkniętych oczach, dalej— szereg błędów w tabliczce mnożenia, bezradność wobec najprostszych zadań z zakresu odejmowania oraz niezdolność całościowego ujęcia sytuacji przedstawionej na rycinie. W przypadku 2 nierozpoznanie palców, trudności w odróżnianiu prawej i lewej strony, zaburzenia pisma (nie równe litery, opuszczanie całych sylab).Różne braki w konstrukcji rysunków, fragmentaryczny opis rycin *Bineta*, niezdolność rozpoznania przedstawionej sytuacji. Podobne zaburzenia stwierdzono w przypadkach: 3, 4 i 5. We wszystkich przypadkach zaburzenia te występowały przy całkowitej orientacji co do miejsca, czasu i własnej osoby.

Stwierdzana agnozja palców stanowi punkt centralny opisanego w r. 1924 zespołu *Gerstmanna*, występującego po uszkodzeniach lewej okolicy ciemieniowo-potylicznej, szczególnie — zwoju kątowego. Niektórzy inni autorzy lokalizują agnozję palców w okolicy zetknięcia zwoju kątowego i drugiego zwoju potylicznego. Stwierdzana akalkulia również najprawdopodobniej łączy się z uszkodzeniami zwoju kątowego lub jego okolicy. W tej samej okolicy oraz w przyległym polu 19 *Brodmana* lokalizuje się pozostałe zaburzenia, które stwierdzono w opisanych przypadkach. Wg badań *Brodmana* — zwój kątowy istnieje tylko u człowieka, nie ma go natomiast u małp. Sąsiednie pola: 18 i 19 osiągają u człowieka znacznie większy stopień rozwoju, niż u małp. W opisanych przypadkach stwierdzono po wstrząsach elektrycznych, podczas których następuje zadziałanie prądu na cały mózg — zaburzenia, odpowiadające objawom ogniskowym, lokalizowanym w tych właśnie, rozwojowo najmłodszych odcinkach kory. Podobne zaburzenia stwierdził autor także po napadach drgawkowych, wywołanych przez tetracor. Prawdopodobnie mamy tu więc do czynienia z przemijającym ograniczeniem funkcji, czasową regresją tych, jak mówi autor — „szczególnie ludzkich" odcinków kory, które odzyskują pełną sprawność później niż inne, rozwojowo starsze ośrodki.

J. J.

D. H. FUNKENSTEIN, M. GREENBLATT, i H. C. SOLOMON.

ZMIANY W UKŁADZIE NERWOWYM AUTONOMICZNYM PO LECZENIU WSTRZĄSAMI ELEKTRYCZNYMI

(The Journal of Nervous and Mental Disease, 1948 108, 5, 409 — 422)

Autorzy stosowali wstrzykiwania dożylne 0,05 mg chlorku empinefryny oraz — następnego dnia — wstrzykiwania domięśniowe 10 mg mecholylu (acetyl-beta-metylo-cholina) i obserwowali zachowanie się ciśnienia krwi, zwracając też uwagę na pocenie się, blednięcie, drżenie, czerwienienie się i inne objawy, związane z układem autonomicznym. Specjalnie zwracano też uwagę na występowanie stanów lękowych i ewentualne ustępowanie ich po zastosowaniu mecholylu. Badania przeprowadzono w ciągu trzech dni po pierwszym wstrząsie oraz w ciągu 2 — 5 dni po ostatnim zabiegu z serii. Badania przeprowadzono w 19 przypadkach schizofre-

nii, 10 — psychozy maniakalno-depresyjnej, 9 — psychoz inwolucyjnych, 7 — psychonerwic i 5 innych.

Zabserwowano 7 typów reakcji ciśnienia krwi na oba podane środki. Za normalną reakcję uważają autorzy typ II i III, tzn. wyraźną reakcję na epinefrynę i umiarkowaną na mecholyl, względnie — umiarkowaną reakcję na oba te środki. Wg autorów reakcję tych dwu typów stwierdzamy wśród 80% osobników normalnych i tylko 20% psychicznie chorych. Autorzy wyróżnili następnie cztery typy reakcji psychofizycznych, mianowicie: 1. wyraźna reakcja somatyczna bez występowania lęku, 2. występowanie lęku po jednym lub obu stosowanych środkach. 3. przypadki o stałych lękach i drżeniach, nasilanych przez epinefrynę i zmniejszanych przez mecholyl (przejściowo), 4. występowanie „dreszczy" ze zwiększeniem napięcia mięśniowego i szczękaniem zębami po mecholylu, zdarzające się zwłaszcza w przypadkach, gdzie i poprzednio notowano stany lękowe.

Z 50 pacjentów leczonych wstrząsami elektrycznymi i badanych w powyżej opisany sposób, 27 wyraźnie się poprawiło, tj. — uznano za możliwe opuszczenie przez nich szpitala wkrótce po ukończeniu serii wstrząsów. Zestawiając wyniki leczenia z wynikami opisanych badań, autorzy stwierdzili, że poprawa nastąpiła prawie we wszystkich przypadkach 25 na 27 (tych, które reagowały na epinefrynę i mecholyl wg typu VI lub VII tzn., gdzie następowała wyraźna reakcja na mecholyl obok wyraźnej lub przynajmniej umiarkowanej reakcji na epinefrynę. Stwierdzono dalej, że poprawa następowała w przypadkach, w których po leczeniu elektrowstrząsowym wystąpiła zmiana reakcji na mecholyl lub epinefrynę oraz tam, gdzie ciśnienie krwi uległo obniżeniu, natomiast poprawa nie nastąpiła niemal w żadnym z przypadków, w których ciśnienie krwi uległo podwyższeniu lub nie stwierdzono zmian reakcji na oba podawane środki. Stosunek reakcji psychofizycznych do wyników leczenia: poprawa następowała w ogromnej większości przypadków, w których po podaniu mecholylu obserwowano: występowanie lub ustępowanie stanów lękowych względnie — dreszcze, nie było natomiast poprawy tam, gdzie lęki występowały po epinefrynie lub gdzie lęków nigdy nie było.

W zestawieniu z podziałem klinicznym stwierdzono, że z 19 badanych przypadków schizofrenii tylko 4 należały do dobrze reagujących na terapię elektrowstrząsową grup reakcji: VI i VII, natomiast reakcję jednego z tych typów stwierdzono w 9 z 10 przypadków psychozy maniakalno-depresyjnej i we wszystkich 9 przypadkach psychozy inwolucyjnej, oraz w 4 na 7 przypadków psychonerwicowych.

Wnioski: rokowanie co do wyników leczenia wstrząsami elektrycznymi jest dobre tam, gdzie stwierdzono: 1) wyraźne lub umiarkowane podwyższenie ciśnienia krwi po zastosowaniu epinefryny obok obniżenia ciśnienia po zastosowaniu mecholylu; 2) gdzie stwierdzono występowanie lub ustępowanie lęku pod wpływem mecholylu, połączone ewentualnie z występowaniem dreszczy.

Jak zaznaczają autorzy — rokowanie jest niepewne, jeżeli stwierdzono tylko jedną z tych reakcji, np. ustępowanie lęku pod wpływem mecholylu przy jednoczesnej słabej reakcji ciśnienia krwi na podawanie omawianych środków farmakologicznych.

J. J.

R. STÄHLI

LECZENIE PADACZKI HYDANTALEM

(Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 1949, 1)

Autor stosował hydantoinę od 1939 do 1948 r. Pisano dużo o szkodliwości tego leku. Autor cytując *Staudera* zaznacza, że leczenie luminalem wzmaga epileptyczne cechy charakteru i otępienie. Spostrzeżenia te znajdują potwierdzenie w pracach o leczeniu hydantoiną. Przy odstawieniu luminalu i przechodzeniu na leczenie hydantoiną, chorzy stają się nie tylko bardziej ożywieni, ale lepiej dysponują wiadomościami, inteligencja podnosi się. Preparaty hydantoinowe nie mają własności nasennych, nie wzmagają otępienia.

Uboczne objawy, które daje hydantoina, są ostre, łatwe do spostrzeżenia, nie mieszają się z objawami samej choroby.

Objawy uboczne występują jako: 1) alergiczne reakcje skóry i śluzówek z eozynofilią, 2) objawy neurologiczne: drżenie, ataksje przypominające objawy móżdżkowe, albo omdlenia, stany podniecenia, myoklonie, 3) nadwrażliwość nerwowa. Ta ostatnia zwykle nie ustępuje, najwyżej częściowo.

Objawy uboczne obserwowano przy stosowaniu soli sodowej dwufenylohydantoiny (DPH) i to w niegroźnej formie. Od czasu wprowadzenia hydantatu (methyl 5 —5 phenyl — aethyl hydantoin) objawy uboczne stały się tak rzadkie, że zaczęto chorych leczyć ambulatoryjnie.

Do wyjaśnienia mechanizmu działania hydantoiny przyczyniły się badania *Meritta* i *Putnama* opierające się na wywoływaniu drgawek przez drażnienie mózgu prądem zmiennym. Ogólna narkoza jakimkolwiek środkiem podnosiła z reguły próg wrażliwości. Wypróbowywano działanie różnych leków na pełny atak drgawkowy wywołany najmniejszą dawką prądu. Nie zbadano wpływu leków na *petit mal* i elektroabsence (u epileptyków próg wrażliwości na prąd wywołujący napad, także podczas fazy zbliżonej do ataku, nie jest obniżony, jest normalny, lub lekko podwyższony). Hydantoina podnosi tylko próg wrażliwości na napad, nie odziaływuje na pobudliwość motoryczną kory. Chronaksja jest taka sama, reobaza nawet zmniejszona. Zupełnie inaczej działa luminal, który ogromnie zmniejsza pobudliwość kory mózgowej na prąd.

Te dwa leki działają różnie na napady wywołane truciznami. Np. hydantoina nie działa na drgawki wywołane kardiazolem lub kokainą, luminal przytłumia je. Hydantoina działa wybiórczo na skłonność do napadów epileptycznych.

Hydantoina zastępuje co raz bardziej brom i luminal nie tylko w leczeniu zakładowym, ale i ambulatoryjnym, w ten sposób chorzy, zarówno dzieci jak i dorośli z dobrze zachowaną psychiką mogą być chronieni przez szkodliwym wpływem luminalu.

Podaje się hydantoinę z minimalnymi dawkami luminalu lub bromu. Przeciętna dawka wynosi 3 razy dziennie po 0,1. Nie stosowano nigdy, jak Amerykanie, leczenia doprowadzającego do tzw. pełnej dawki, tj. do wystąpienia objawów zatrucia. W przypadkach opornych stosowano tylko podwyższoną, uderzeniową dawkę (5 razy w tygodniu), wtrącając dni wolne od hydantoiny. Często skuteczne było kombinowanie z małymi dawki luminalu, takimi jakie zawiera Hydantal Sandoz.

tj. 0,02. Można powyższe dawki podwyższać do 6 razy dziennie po 0,1 przy bardzo rzadko występujących objawach ubocznych.

Autor opisuje doświadczenia własne na 3 grupach chorych nie leczonych przedtem hydantoiną.

I grupa: lekkie przypadki amubulatoryjne. Z pośród 65 chorych, 40 w ciągu roku nie miało żadnego napadu. U 21 chorych napady były lżejsze i o połowę rzadsze. U dwóch (przypadki skomplikowane) nie nastąpiła poprawa, U jednego przerwano kurację z powodu nerwowych objawów ubocznych U jednego napady zwiększyły się z niewiadomej przyczyny. Próbowano tu zastąpić hydantal dwufenylhydantoiną, zwiększyć dawki luminalu, bromu — bez rezultatu. Wśród tych przypadków autor opisuje przypadek anemii, która minęła po odstawieniu hydantalu i po ponowieniu kuracji nie powtórzyła się.

II grupa: średnio ciężkie przypadki. Obejmowała ona 40 chorych zakładowych. Z pośród tych 18 nie miało żadnego napadu w ciągu co najmniej pół roku, w tym 10 — przez rok. U dalszych 19 ilość napadów zmniejszyła się o połowę, 2 chorych bez zmian.

III grupa: ciężkie przypadki. Obejmowała przypadki z daleko posuniętymi zmianami charakterologicznymi, które były leczone bromem i luminalem bez wyniku, ze złym rokowaniem. Grupa ta obejmowała 23 chorych. W 5 przypadkach osiągnięto stan bez napadów obserwowany w ciągu roku. W 9 przypadkach osiągnięto poprawę w 50%, tj. liczba napadów zmniejszyła się o połowę, w 8 przypadkach nie nastąpiła poprawa, 1 przypadek pogorszenia.

Nie zawsze można było zmniejszyć dawki hydantalu. W działaniu środków przeciwdrgawkowych są dwie fazy. Jedna — bezpośrednie przytłumienie napadów przy niezmienionym pogotowiu drgawkowym. Szybkość tego działania zależy od tempa magazynowania leku, i od szybkości przyswajania i wydalania. *Boller* uważa, optimum działania osiągalne jest po 2 do 5 tygodniach i radzi przeprowadzać leczenie co najmniej przez 4 tygodnie Inni autorzy podają czas 8 dni, inni — miesiąc, po którym lek ma osiągnąć pełne działanie. Autor zaobserwował pełne działanie, a nawet osiągnięcie końcowego rezultatu, tj. stanu bez napadów już po paru dniach. Na 63 chorych tylko u 13 chorych końcowy rezultat wystąpił po upływie 14 dni do 14 miesięcy. To późne działanie nie tłumaczy się przez powiększające się magazynowanie hydantoiny, tylko przez zmniejszenie pogotowia drgawkowego. Dowodem tego jest, że początkowo konieczna najmniejsza dawka może być bez szkody obniżona, nawet w niektórych wypadkach trwale odstawiona.

Przy przechodzeniu z leczenia luminalem na leczenie hydantoiną postępowano wg schematu odejmując przez tydzień każdego dnia 0.05 luminalu.

Wpływ hydantalu na poszczególne typy napadów.

U chorych mających napady duże, i małe i absence w 3/4 wszystkich przypadków ustąpiły wszelkie rodzaje napadów. U pozostałych chorych cofają się najpierw duże napady, dwa razy zaobserwowano zastąpienie dużego napadu przez stan podniecenia, lub zamroczenia. Najlepiej reagowali na leczenie chorzy mający jeden typ napadów. Duże napady znacznie lepiej reagowały niż małe. Małe — tym gorzej, im bardziej zbliżone były do absence i stanów zamroczeniowych.

Wprowadzono ostatnio do leczenia *petit mal* substancję Trimethyloxazolidindion. Napady te w czasie kuracji są liczniejsze i ustępują po nagłym odstawieniu leku.

Objawy uboczne przy stosowaniu hydantoiny.

Difenylhydantoina jako środek silnie alkaliczny dawała zaburzenia żołądkowo — jelitowe. Po hydantalu takich zaburzeń nie było. Natomiast przy hydantalu obserwowano objawy alergiczne w 7 przypadkach na 128.

Zaburzenia te mijały szybko, po kilku dniach, pozostawiając odporność. Obserwowano także ciężkie objawy zapalenia dziąseł.

Praktycznie najważniejsze są objawy nietolerancji nerwowej, ponieważ zwykle zmuszały do odstawienia leku. Po ustąpieniu nie dają one odporności tylko nadwrażliwość.

Objawy takie jak drżenie, ataksja zmuszały zwykle do odstawienia leku.

Objawów ciężkich jak oczopląs, podwójne widzenie, ciężkie zaburzenia chodu przy kuracji hydantalem nie zaobserwowano.

Hydantal daje znacznie mniej objawów ubocznych niż DPH. Objawy psychotyczne, jak wzrastające podniecenie, bezsenności ciężkie stany halucynacyjne i splątaniowe cofają się bardzo powoli, nawet po zupełnym odstawieniu leku. Autor obserwował epileptyków z objawami podobnymi do schizofrenii. Byli oni leczeni hydantalem i DPH. Objawy schizofreniczne pozostały bez zmiany. Były to przypadki bardzo rzadkie.

Czas występowania objawów ubocznych był bardzo różny. Objawy alergiczne omdlenia, drżenie obserwowano po paru miesiącach leczenia, choć inni autorzy podają, że należy ich oczekiwać już po 14 dniach. Obsewowano także objawy ze strony narządów krwiotwórczych, Zwykle były to lekkie anemie. Jednak autor opisuje jeden przypadek w którym wystąpiła ciężka anemia (1.900.000 erytrocytów) po odstawieniu leku nastąpiła poprawa, po ponownym leczeniu hydantalem — nawrót anemii i chory zmarł.

Hydantonina może więc należeć do preparatów, które przy odpowiedniej wrażliwości atakują narządy krwiotwórcze podobnie jak thiuracyl, salvarsan itp. Należ.y więc kontrolować obraz krwi w ciągu leczenia.

Porównanie działania hydantalu i difenylhydantoiny. Podawano kolejno sól sodową DPH i hydantal w takich samych ilościach. Do DPH dawano tyle luminalu, ile zawiera go hydantal. Badania przeprowadzono u długoletnich chorych zakładowych o znanym przebiegu choroby i częstości napadów. Zmieniono hydantal na DPH w grupie 42 chorych i dawano preparaty przez 4 miesiące. Zmiana leku nie była robiona stopniowo, lecz nagle. Na 42 chorych u 20 poprawa była taka sama tj. ilość napadów zmniejszyła się o 50%. W tej liczbie 3 chorych od dłuższego czasu było bez napadów. Gdy jednak odstawiono DPH w krótkim czasie napady pojawiły się i ustąpiły po ponownej dłuższej kuracji hydantalem. W 15 przypadkach po zmianie leku nastąpiło pogorszenie, napady wzrosły o 50%. Powrót do hydantalu dał ponowną poprawę, u 2 chorych powrót do hydantalu nie cofnął pogorszenia. 2 nie można było nadal obserwować. U 8 chorych przy podawaniu DPH osiągnięto lepsze wyniki niż przy hydantalu. W tym u 3 chorych DPH okazała się trwale skuteczniejsza.

Zmiana DPH na hydantal: Wród 31 chorych u 7 uzyskano stan bez napadów obserwowany od 1 — 2 lat. U tych wszystkich chorych wrócono do leczenia DPH, po czym u 5 chorych zaobserwowano pogarszanie, które po powrocie do hydantalu ustąpiło. U 13 chorych nastąpiła poprawa w 50%, u 6 stan taki sam jak przy lecze-

niu DPH. U 5 pogorszenie w 50% w tym u jednego powrotem do DPH nie zdołano pogorszenia naprawić.

Ogółem: na 128 chorych osiągnięto leczeniem hydantalem lub DPH u 64 chorych stan bez napadów trwający rok, u 49 uzyskano poprawę, u 14 stan nie zmienił się i w jednym przypadku — pogorszenie. Największa ilość popraw I kategorii została uzyskana u chorych ambulatoryjnych. Hydantal daje ogólem lepsze rezultaty niż DPH. Duże napady leczy się Hydantoiną lepiej niż małe. Objawy uboczne obserwowano w 7 przypadkach.

W. J.

CAMILLE LIAN I GIORGIO BERGAMO.

TETRA-ETHYL-AMMONIUM — LEK, REGULUJĄCY UKŁAD NEURO-WEGETATYWNY.

(La semaine des hôpitaux 1948, 70)

Działanie tetra-ethyl-ammonium na synapsy śródzwojowe pozwoliło autorom sądzić, że może on być zastosowany w zespołach naczyniowo-skurczowych; zmniejszając napięcie naczyniowo-skurczowe wywoływałoby spadek ciśnienia krwi, działałoby dodatnio w dusznicy bolesnej, w chronieniu przestankowym i chorobie *Raynaud.*

Wpływ neuro -wegetatywny tego środka daleko wybiega poza działanie naczyniowo-skurczowe. Jego wpływ na rytm serca wskazuje, że przez zablokowanie synapsy śródzwojowej uniezależnia serce od wpływów neuro-wegetatywnych pochodzenia ośrodkowego. U osobnika z zaburzeniami narządów pochodzenia neuro-wegetatywnego tetra-ethyl-ammonium wywołuje powrót do normy przez wyłączenie wpływów dwóch antagonistycznych układów neuro-wegetatywnych na daną funkcję narządów.

Tetra-ethyl-ammonium dzięki działaniu morfiny przywraca sercu o zwolnionej akcji jego normalny rytm; tak samo zwalnia serce, którego rytm jest przyśpieszony pod wpływem działania barbituratów. Środek działa w podobny sposób na akcję serca zwolnioną lub przyśpieszoną przez pobudzenie przedzwojowe odpowiednich nerwów. Jest więc prawdziwym regulatorem układu neuro-wegetatywnego.

Autorzy starali się te dane sprawdzić klinicznie w bradykardii i tachykardii. W przypadkach bradykardii wstrzyknięcie jednej ampułki (5 cm roztworu 10%) tetra-ethyl-ammonium przyśpiesza rytm serca i odwrotnie, zwalnia serce w przypadkach tachykardii. Wyniki te można osiągnąć po wstrzyknięciach wielokrotnie powtarzanych przez pewien okres czasu. Autorzy osiągnęli spadek tętna z 140/min. do 80/min. u chorej cierpiącej na hipertonie układu sympatycznego, w innym przypadku tętno spadło z 130/min. do 110/min. W dwóch przypadkach astmy połączonej z bradykardiną nastąpiło przyśpieszenie z 58 — 75 i z 60 do 72.

Badania nad działaniem środka na odruch oczno-sercowy wykazały, że spadek tętna przy nacisku na gałki oczne nie występuje u wagotonika, jeśli przedtem dożylnie wstrzyknięto tetra-ethyl-ammonium. Odwrotnie u sympatykotonika naciśnięcie gałek ocznych, przyśpieszających zazwyczaj tętno, po dożylnym wstrzyknię-

ciu środka wywołuje jego zwolnienie. Podobne wyniki zostały osiągnięte u wszystkich badanych chorych.

Autorzy próbowali zniszczyć przy pomocy tetra-ethyl-ammonium hypertonię pochodzenia błędnego, wywołującą skurcz oskrzelowy w astmie swoistej. Otrzymali dwa dodatnie, chociaż krótkotrwale, wyniki. Niedogodność środka według Amerykanów polega na tym, że wywołuje on atonię żołądka i kiszek. Rzeczywiście stwierdza się zmniejszenie perystaltyki żołądka i kiszek, ale tylko wtedy, gdy jest ona wzmożona. Istnieje podobieństwo między działaniem tetra-ethyl-ammonium i zabiegiem *Dragstedta,* stosowanym przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Wagotomia, dokonywana w tym zabiegu, powoduje zmniejszenie kwasoty i wydzielania żołądka, lecz pozostaje bez wpływu na odczyn żołądka, na histaminę. Napięcie i kurczliwość żołądka zmniejszają się, lecz nie znikają na skutek zabiegu. Tetra-ethyl-ammonium daje te same wyniki.

Lyons i jego współpracownicy zauważyli zanik bólów żołądka po wstrzyknięciu tetra-ethyl-ammonium. Jednocześnie zmniejsza się natężenie fali perystaltycznej, zmniejsza się kwasota przy niezmiennym odczynie na histaminę. Skutki operacji *Dragstedta* trwają 80 dni — okres czasu wystarczający by uszkodzenie anatomiczne się zagoiło. Tetra-ethyl-ammonium, który można wstrzykiwać o wiele dłużej i z tym samym skutkiem, mógłby może korzystnie zastąpić zabieg *Dragstedta.*

Dr F. Zakrzewska

LECZENIE PSYCHONERWIC DWUTLENKIEM WĘGLA

W 1947 r. ukazało się 1 doniesienie *Meduny* o leczeniu psychonerwic przy pomocy CO_2. Od tego czasu wydano kilka broszur traktujących o tym przedmiocie. Spostrzeżenia i uwagi zawarte w tych broszurach pokrótce streszczam.

Meduna posługuje się mieszaniną gazów o stężeniu 20% CO_2 i 80% O_2, bądź też 30% CO_2 i 70% O_2. Większe stężenie CO_2 nie zmienia reakcji, przyśpiesza ją tylko. Mieszanina gazów znajduje się w metalowym zbiorniku, skąd przechodzi do maski nałożonej na twarz pacjenta.

Przed zabiegiem lekarz uprzedza chorego, że zostanie on wprowadzony w stan narkozy, w czasie której być może przeżyje niezwykłe sny, wrażenia ,czy też myśli, o których w miarę możności powinien opowiedzieć po przebudzeniu. Żeby wyłączyć czynnik sugestii i w ten sposób umożliwić czystą ocenę działania leczniczego CO_2, uprzedza się pacjenta, że zabieg ma znaczenie przede wszystkim eksperymentalne i że nie można przewidzieć jego skuteczności.

Pacjent leży na wygodnym stole pod opieką pielęgniarki, która od momentu nałożenia maski na twarz chorego, głośno liczy jego oddechy. Pacjent po przebudzeniu ma podać ostatnią zapamiętaną przez siebie liczbę. W czasie pierwszego zabiegu stosuje się około 20 — 25 wdechów CO_2. Pacjent zasypia przeciętnie w granicach 8 — 20 oddechu. O ile granica snu jest wyższa, następnego dnia podnosi się dawkę o 5 oddechów. O ile chory i tym razem nie zasypia, przechodzi się z koncentracji 20 do 30%. Reakcja na CO_2 jest osobnicza. Dawkę leczniczą ustala się w ten sposób, że o ile po kilku zabiegach na danym poziomie oddechów nie uzyskuje się poprawy stanu chorego, zwiększa się ilość wdechów do pożądanej dawki, niekiedy bardzo wysokiej. Zabieg stosuje się 3 — 6 razy tygodniowo.

Pod działaniem CO_2 zjawia się u pacjenta szereg reakcji ,które układają się w pewnym schematycznym porządku i jakkolwiek u różnych pacjentów pojawiają się w różnym czasie, można jednak określić przy jakiej ilości wdechów CO_2 w przeciętnym wypadku wystąpią.

1 fazę określa się nazwą pobudzenia podkorowego. Zjawia się ona już po 1 oddechu. Manifestuje się przyspieszeniem tętna i oddechu, wzmożeniem ciśnienia krwi, zwiększoną potliwością, przyczym pot jest gęsty i lepki, później obfity, wodnisty. Okres ten trwa od kilku do dwudziestu kilku oddechów i przechodzi w następną fazę: obniżonej działalności korowej połączonej z utratą świadomości. Na granicy tych dwu faz pojawia się trzepotanie powiek. Aktywność korowa w czasie 2 fazy spada wg. *Gibbsa* do fal o voltażu 3 — 4 na sek. i na tym poziomie utrzymuje się przez cały okres narkozy i jeszcze około 30 sek. od chwili zdjęcia maski. W 2 fazie, zjawia się odruch silnego zmrużenia powiek przy uderzeniu w gładyszkę. W granicach 20 — 40 oddechów rozpoczyna się trzecia faza: podniecenia psychomotorycznego i psychosensorycznego, zależna od przebudzenia i odhamowania podkorowego. Początkowo pojawiają się ruchy, które wydają się związane z przeżyciami emocjonalnymi odtwarzanymi w czasie snu. Potem zjawia się drżenie, kończyny dolne zginają się w stawach kolanowych i biodrowych. Występuje też wzmożone napięcie zginaczy kończyn górnych i silne zaciśnięcie obu dłoni. W granicach 30 — 50 oddechów spostrzega się przez chwilę ustalenie spojrzenia obu oczu w jednym kierunku, skręt tułowia w stronę spojrzenia, przy czym nogi pozostają w zgięciu, kończyny górne w wyproście. Skolei następuje szereg ruchów przypominających jazdę na rowerze, lub ruchów naśladujących lokomocję czworonożną; ruchy te są skoordynowane. Dla 3 okresu charakterystyczne są ruchy chwytne w odpowiedzi na uderzenie w twarz. Reakcja źrenic na światło jest obniżona. Odruchy podeszwowe osłabione — w granicach 50 — 60 oddechów, znikają zupełnie, spostrzega się wówczas dodatni objaw Babińskiego, bądź też trwałe ustawienie palców w pozycji Babińskiego.

W granicach 60 — 90 oddechów rozpoczyna się 4 okres: źrenice stają się sztywne, zjawia się sztywność karku, wyprost toniczny, zniesienie odruchów.

Jeśli narkozę przerywa się w trzecim okresie około 60 oddechu, po zdjęciu maski występują drgawki toniczno-kloniczne.

Przy przerwaniu inhalacji w 4 stadium skurczu tonicznego — trwa on jeszcze około minuty od chwili zdjęcia maski, poczem następuje kilkuminutowy stan stuporu i powrót do świadomości.

Jednocześnie z uchwytnymi dla oka obserwatora zjawiskami motorycznymi chory przeżywa szereg wrażeń: słuchowych, węchowych i wzrokowych. Widzi barwy, figury geometryczne, niekiedy śni złożone sny, często o charakterze katatymicznym.

Mechanizm powstawania zjawisk psychoruchowych i psychoczuciowych tłumaczy *Meduna* w sposób następujący: CO_2 wzmaga napięcie powierzchniowe komórki, podwyższa próg pobudliwości. Zwiększa przewodnictwo, zmniejsza znużenie komórki. Suma działania CO_2 daje inny wynik w zakresie komórek podkorowych, inny w zakresie korowych.

Ośrodki podkorowe do których dopływa wiele bodźców, w warunkach fizjologicznych są zdolne do reakcji tylko na część tego nadmiaru podniet. Wobec tego

podwyższenie progu pobudliwości przez CO_2 nie odgrywa tu znaczniejszej roli, natomiast zwiększone przewodnictwo oraz mniejsze nużenie się komórek sprawia, że w efekcie ośrodki podkorowe pod wpływem CO_2 działają żywiej. W zakresie kory, do której dopływa stosunkowo mało podniet i której komórki mniej w warunkach fizjologicznych nużą się, CO_2 działa przede wszystkim w sensie podwyższenia progu pobudliwości. Stąd obniżona aktywność kory, którą można wyznaczyć przy pomocy badań EEG. To obniżenie funkcji korowych wtórnie odbija się na ośrodkach podkorowych przez zniesienie czynności hamujących. Wszystkie więc zjawiska ruchowe i czuciowe w narkozie CO_2 są wynikiem wzmożonej działalności ośrodków podkorowych i zniesienia czynności hamujących kory. Podwyższenie progu pobudliwości tłumaczy dodatni wpływ CO_2 w leczeniu psychonerwic.

Osobnik psychonerwicowy wg. *Meduny* różni się od innych przede wszystkim tym, że ma obniżony próg pobudliwości dla podniet z zewnątrz i wewnątrz pochodnych, stąd reakcja na podniety stale i nadmiernie żywa, reakcja na bodziec przeciętna. Osobnik psychonerwicowy, u którego bodźce i reakcje kumulują się, trudniej wraca do stanu równowagi, niż to ma miejsce u człowieka zdrowego. Pod wpływem CO_2 następuje wybitne podwyższenie progu pobudliwości, które utrzymuje się po przerwaniu narkozy tak długo, że umożliwia powrót do stanu równowagi psychicznej.

Klinicznie powrót do stanu zdrowia odbywa się na 4 drogach:

I. przez proste ustąpienie objawów.

II. przez odtworzenie w czasie narkozy przeżyć, które wywołały uraz psychiczny.

III. przez przeżywanie w czasie narkozy snów przyjemnych, zachęcających do życia.

IV. przez spontaniczną analizę przeżyć dzieciństwa i wieku późniejszego (po ustąpieniu narkozy) i przez wykrycie w nich czynnika patogenetycznego.

Terapia CO_2 nie daje wyników pozytywnych w stanach psychofizycznych. Oporne na nią są psychonerwice w których na I-szy plan wybijają się natręctwa i przymusy poczucie ogólnego osłabienia i hypochondria. Podatne na leczenie są stany psychonerwicowe z zaburzeniami czynności narządów wewnętrznych (zaburzenia ciśnienia) bez zmian organicznych, z reakcjami histerycznymi, z poczuciem niższości, winy, niepokojem, drażliwością, niestałością emocjonalną, zaburzeniami natury seksualnej, niedostateczną zdolnością przystosowania manifestującą się przez aspołeczność i dziwaczność zachowania.

Leczenie CO_2 jest przeciwskazane jedynie w przypadkach przebiegających równocześnie z gruźlicą otwartą, organicznymi wadami serca i wysokim ciśnieniu krwi.

W czasie kilkuletniego leczenia CO_2 nie spostrzeżono żadnych szkodliwych działań ubocznych tego środka.

Leczenie można prowadzić ambulatoryjnie, bowiem po upływie 15 minut od chwili przerwania narkozy, pacjent jest już zupełnie zdolny do podjęcia zwykłych czynności życiowych.

Z. S.

Chavany, Bonvet, Hagenmüller

NARKOANALIZA A PSYCHOANALIZA

(La semaine des hopitaux — 1948, 12)

Autorzy postawili sobie za zadanie ustalenie związków istniejących między metodą psychoterapii pod narkozą, a klasyczną metodą psychoanalizy. Na 13 przypadków poddanych leczeniu narkoanalizą z zastosowaniem preparatu Privenal w 6 osiągnęli autorzy wynik pomyślny, to jest ustąpienie podstawowych objawów. Wiek chorych, podobnie jak i czas trwania zaburzeń, okazały się bez znaczenia dla prognozy, nie zaobserwowano też zależności otrzymanych wyników od liczby posiedzeń narkoanalitycznych. Autorzy podkreślają, że wbrew utartemu poglądowi nerwice określone jako emocjonalne nie zawsze reagują korzystnie na ten rodzaj leczenia. Przeprowadzając porównanie z metodą psychoanalityczną, autorzy zwracają uwagę na fakty następujące: w przypadkach pomyślnie zakończonych udaje się wprawdzie doprowadzić do likwidacji podstawowego objawu, podłoże jednak psychiczne pozostaje niezmienione. W psychoanalizie klasycznej natomiast zachodzi istotna i głęboka przemiana całej osobowości chorego. Użycie środka narkotycznego, jako pośrednika, znosi lub osłabia opory, zmienia klimat obcowania lekarza z pacjentem oraz charakter procesu przeniesienia, który traci swój aspekt ludzki, tak ważny w technice freudowskiej.

H. Heflich — Piątkowska

Wilfred C. Hulse

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA W AMERYCE

(Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1947, LX, 1/2, 199 — 208)

Na wstępie autor stwierdza, że wojna, ze swymi silnymi wpływami natury afektywnej działającymi na wielkie grupy, jest nie tylko teoretycznym zagadnieniem dla psychologów i socjologów, ale stwarza aktualne i wymagające szybkiego rozwiązania problemy dla psychiatrii, szczególnie w Ameryce Północnej. Biuletyn *„Group Psychotherapy"* podkreśla konieczność masowego leczenia. Jego definicja brzmi: „Każda metoda, która ma na celu poprawę zdrowia psychicznego więcej niż jednej osoby, jest grupową psychoterapią".

Jasne jest, że psychoterapia grupowa jako metoda jest bardziej powierzchowna i mniej specyficzna niż jednostkowa, równocześnie jednak w grupie łatwiej wydobywają się na powierzchnię uczucia winy i wewnętrzne sprzeczności tendencyj. Członkowie grupy muszą mieć przy tym całkowitą wolność wypowiadania się i ich wypowiedzi winny być utrzymane w tonie zwierzeń. Grupy obejmowały 7 do 25 pacjentów żołnierzy, gdzie świeże zaburzenia nerwicowe pourazowe oddzielano od starszych, te zaś od psychopatii. Czas trwania takich posiedzeń rozciągał się między 3 i 6 tygodniami. Tematami posiedzeń były np.: „Rola nieświadomego", „Instynkt samozachowawczy", „Objawy jako analogia do odruchu warunkowego", „Zmęczenie", „Obronna reakcja przeciw lękowi". Krótkie wstępne wykłady poda-

wane były nieraz przez pacjentów, co im wielce ułatwiało orientację w chorobie, zdrowiu, stosunku do armii i otoczenia. Następujące długie dyskusje były regułą.

W ciągu ostatnich 10 lat czyniono w Ameryce próby leczenia grupowego także wśród dzieci i młodzieży. Grupę stanowiło 6 — 8 pacjentów. Podstawą tej pracy jest *Freuda* „Massenpsychologie und Ich-Anylyse". Starano się stwarzać sytuację całkowitej wewnętrznej swobody, by wszelkie instynkty, nawet aspołeczne i negatywne mogły się do granic możliwości ujawnić. Mimo to wewnątrz grupy wytwarza się wkrótce własny porządek i dyscyplina.

W każdej grupie umieszczano razem pacjentów o typach agresywnych, biernych i neutralnych, co stwarza odpowiednie akcje i reakcje grupowe. Dąży się do stworzenia atmosfery ciepła, miłości i gotowości wzajemnej pomocy. Metodą jest zabawa i zajęcia ręczne, prowadzone bez żadnego absolutnie nacisku z zewnątrz. Pacjent powinien osiągnąć nie tylko oparty na nowych, lepszych podstawach, stosunek do rodziców, rodzeństwa, innej płci i otoczenia, ale powinien mieć także okazję przez aktywację popędów, ujście pod postacią symbolicznych i sublimowanych form.

Jako wyniki lecznicze tą metodą osiągnięte, podaje autor zwolnienie stanów napięcia przez aktywację, rozwój zdolności, przystosowanie się do szerszego otoczenia, przezwyciężenie poczucia niższości seksualnej, wzmożonej zdolności, dotrzymywania danego słowa, dojrzewania osobowości i rozwój moralności grupowej.

Inną metodą psychoterapii grupowej jest metoda psychodramatu, stworzona przez *J. L. Moreno* w 1921 r. Myślą tej metody jest uwolnienie pacjenta od objawów psychonerwicowych nie przy pomocy odtworzenia i powtórnego przeżycia urazowego epizodu życia, ale przy pomocy powtórzenia akcji epizodu: Polega to na tym, że na małym wzniesieniu pośrodku sali przy pomocy niewielu sprzętów jako dekoracji, pacjenci sami, lub wraz z lekarzem, po odpowiednim objaśnieniu i wprowadzeniu, odgrywają sceny ze swego życia, które miały dla nich decydujące znaczenie. Należy starać się dobrać role tak, by odpowiadały osobom biorącym udział niegdyś w danym epizodzie, by osoby epozodu odgrywały tą samą rolę. Słuchaczami przedstawienia są chorzy, którzy mieli przeżycia zbliżonej natury.

Specjalnie do tej metody nadają się pacjenci z konfliktami natury małżeńskiej i miłosnej. Lżejsze objawy nerwicowe leczono tą metodą w zakładach półotwartych, ale leczono też i ciężkie przypadki.

W Nowym Jorku stworzono ciekawą modyfikację tej metody, w stosunku do dzieci psychicznie chorych. Zastosowano mianowicie teatr marionetkowy, gdzie twarze lalek upodobnione były do małych pacjentów — widzów. Przez identyfikację dziecka do lalki uzyskano wzmożenie przeżycia i reakcyj dziecka. Stworzono nawet w Nowym Jorku „Psychodramatyczny Teatr". Kupujący bilet widzi na scenie zawodowych aktorów ,którzy odgrywają krótkie sceny pt. np. „Rozpoznanie", „Piętno", „Masochista", „Psychopata", „Nerwica lękowa", które rozgrywają się u lekarza, na tle życia rodzinnego, komisariatu itp. Po przedstawieniu psycholog objaśnia przebieg historii choroby, przedstawia odpowiednie przypadki nerwic lub psychoz, daje odpowiedzi na pytania zadawane ze strony publiczności i wyjaśnia wątpliwości.

Następnie autor omawia stosowanie psychoterapii grupowej u pacjentów chorych psychicznie. Przyznaje, że w tym wypadku praca jest wielokroć trudniejsza.

Rozpoczynano od prelekcji na temat prostych psychologicznych problemów. Stopniowo, gdy chorzy wciągają się w zagadnienia, przechodzono do bardziej skomplikowanych. System przypominał klasę szkolną, gdzie chory, wykazując się odpowiednim zrozumieniem, przechodził do następnej, wyższej grupy. Traktowano tą metodą z wynikami pomyślnymi schizofreników, melancholików, chorych z tendencjami samobójczymi. Osobne też były grupy dla epileptyków, dla będących w leczeniu insulinowym, dla wykazujących tendencje samobójcze i inne, w zależności od objawów. Uzyskiwano tą metodą uspołecznienie chorych, umożliwiające im pracę w zakładzie, a nawet przygotowujące ich do powrotu do domu.

Już sam pobyt w zakładzie, w grupie innych chorych, jest według autora działaniem grupy na jednostkę. Chory w grupie innych chorych czuje się lepiej, ponieważ przestaje być przedmiotem obserwacji, pielęgnacji, osobnego traktowania przez ludzi zdrowych w domu czy przy pracy, a staje się podmiotem własnego działania, jako równy między równymi. To ułatwia personelowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu zbliżenie się do chorego.

Na zakończenie mówi autor o działaniu grup jako czynnika leczniczego poza zakładem. Ma on na myśli organizacje chorych, mające na celu wzajemną pomoc. Jako przykład podaje najlepiej rozwijającą się w Ameryce organizację abstynentów, rekrutującą się z byłych alkoholików. Metodą są stałe zebrania, referaty z dyskusją, lekturą, wzajemna pomoc materialna członków.

Wreszcie autor podaje, iż najlepsze wyniki psychoterapii grupowej osiągnięto w przypadkach nerwic dziecięcych, schizoidii młodzieńczych i w niektórych grupach psychopatów. Inne grupy psychopatów, oligofreników, niektórych psychoz dawały wyniki mniej pomyślne.

M. J. R.

F. HUMBERT

STANY ZWANE PSYCHOPATIĄ KONSTYTUCJONALNĄ

(określenia, pojęcia i granice)

(Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 1947, 59, 1—2)

Autor uważa, że doświadczenia psychiatryczne kliniczne i ambulatoryjne powinny wpłynąć na zmianę klasyfikacji stanów psychopatycznych. W klinice i ambulatorium widać bowiem jak powstają, rozwijają się, czasem znikają lub utrwalają się stany uważane dotychczas za konstytucjonalne.

Klasyfikacja psychiatryczna powinna według autora opierać się na wspólnych elementach, uznanych za podstawowe, najważniejsze. Z tego wynika, że klasyfikacja powinna ulegać zmianom w miarę odkrywania nowych, bardziej ważnych cech. Autor uważa, że obecnie do grupy stanów psychopatycznych włącza się wszystkie zaburzenia charakteru natury organicznej lub funkcjonalnej, których nie ma gdzie zaklasyfikować. Nie zgadza się z *Wyrschem*, twierdzącym (1946 r.), że stany psychopatyczne nie powstają jako reakcja na określone wypadki lub pod wpływem środowiska, że każdy z nich jest stałym stanem anormalnym. Przypomina, że nawet *Feré* we Francji przyjmował wpływ środowiska, przyznając, że w warun-

kach dogodnych czynnik konstytucjonalny może pozostać w ukryciu. *Friedjung* dla podkreślenia wpływu środowiska stworzył nawet termin *„miliose"* (od *milieu*).

Niektórzy autorzy sądzą, że istnieją 2 grupy stanów psychopatycznych: pierwsza — stanów dziedzicznych, druga — konstytucjonalnych, ale nie dziedzicznych. Jeśli przyjmiemy, że stany psychopatyczne są niezależne od środowiska przez swą definicję, trzeba przyjąć, że są nieuleczalne, co jest bardzo pesymistyczne, zresztą niezgodne, według autora, z ich rozwojem. Autor dyskutuje z autorami niemieckimi, których badania miały wyraźny charakter biogenetyczny, popiera natomiast stanowisko *Marchand*, który podkreśla zaniedbane w praktyce prawo o jedności i poliwalencji sposobów ekspresji organizmu (objawy mimiczne narządów — funkcjonalne, psychiczne) wobec nieskończonej ilości przyczyn. Fakty psychofizjologiczne potwierdzają, że różnorakie przyczyny mogą wywoływać podobne skutki. Jest to jeszcze jeden argument, potwierdzający pogląd *Eya* o błahości odwiecznej dyskusji nad psychicznym i organicznym — „dwoma terminami, które w rzeczywistości wcale się wzajemnie nie wyłączają".

Np. reakcja źrenic może być tak samo wywołana przez czynnik psychiczny — strach, jak również przez światło i zimno *(Cannon)*.

To samo można zastosować w psychiatrii, przyjmując, że zmiany charakteru, dające się zewnętrznie porównać, mogą naprzemian wynikać z dziedziczności, predyspozycji, zaburzeń wydzielania zewnętrznego, gruźlicy lub kiły.

Gdy chodzi o rozpoznania, autor przeciwstawia prawo jedności objawów przy różnorodności przyczyn rozpoznaniom objawowym, twierdząc, że te ostatnie klasyfikują cechy zewnętrzne zamiast klasyfikowania wspólnego czynnika podstawowego.

Autor w zupełności popiera pogląd *Meili* (1947), który twierdzi, że w obecnym okresie pojęcie konstytucji typu nie pobudza więcej nauki, wciąga ją natomiast w ślepy zaułek. *Meili* wskazuje na słabość korelacji między typem morfologicznym a chrakterem. Wychodząc z tych samych założeń, *Maurice Leconte* i *Pierre Marty* we Francji klasyfikują swych chorych na podstawie zespołu przeważającego (dominant), podając obok w obrazie synoptycznym wszystkie czynniki etiologiczne.

Autor uważa, że z grupy psychopatii należy wyłączyć wszystkie oligofrenie, nawet jeśli im towarzyszą zaburzenia afektywne, ponieważ czynnikiem dominującym jest oligofrenia.

Wyłączyć również należy z grupy psychopatii pseudopsychopatie, wynikające z zaburzenia równowagi układu neuro-wegetatywnego, wydzielania wewnętrznego, z awitaminozy, jak również z zatrucia endogennego i in.

Pozostają więc osobniki z zaburzeniami charakteru przy normalnej inteligencji. Klasycznie uważa się ich za psychopatów konstytucjonalnych, ponieważ już w najwcześniejszym dzieciństwie anamneza wykazuje anomalie. *Repond* ze swą ekipą lekarsko-pedagogiczną stwierdza, że anormalne reakcje układu nerwowego u dziecka w więcej niż połowie przypadków przybierają postać zaburzeń charakteru i zachowania. Ma tu miejsce konflikt psychiczny. Termin nerwicy charakteru jest w pełni usprawiedliwiony. Niektóre z nich, ukazujące się w 3, 5 do 12 roku życia, mogą łatwiej niż u dorosłych zniknąć pod wpływem leczenia, inne znów są bardzo odporne na leczenie. Istnieją 3 przyczyny niepowodzeń w leczeniu tych przypadków: 1) czynnik organiczny silniejszy niż przypuszczano na początku;

2) lekarz napotyka na opór środowiska; 3) lekarz nie znajduje czułego punktu nerwicy. W praktyce spotyka się u młodych ludzi te same konflikty, symbole, zachowanie, co u dzieci nie leczonych lub leczonych niedostatecznie. Autor sam zrewidował swe rozpoznania, które początkowo brzmiały „psychoza konstytucjonalna", a które okazały się dziecięcą nabytą nerwicą charakteru, niestety, utrwaloną lub źle zagojoną.

Autor, buntując się przeciw pojęciu konstytucji, które stało się dogmatem fatalistycznym, szczególnie u *Kahna*, podkreślającego, że nie można badać zagadnienia stanów psychopatycznych bez opisywania typów, mocno podkreśla, że moment nabyty i psychogenny przeważa prawie całkowicie nad konstytucjonalnym. Również *Souchareiva*, prof. psychiatrii dziecięcej w Moskwie stwierdza w 1940 r., że trzeba bardziej ostrożnie niż u dorosłych rozpoznawać psychopatię u dzieci, u których impulsywność i niestałość są natury fizjologicznej tak samo, jak sugestywność, labilność, tendencja do pozy. Zgadza się to również z rezultatami badań *Piaget'a* o rozwoju symbolu u dziecka. Autor cytuje przypadek chłopca, u którego rozpoznano stan psychopatyczny konstytucjonalny. Później okazało się, że stan ten rozpoczął się w 8 roku życia i znikł pod wpływem leczenia.

Klaesi tłumaczy zaburzenia charakteru istnieniem konfliktu afektywnego — świadomego.

Autor twierdzi, że nie widział ani jednego przypadku psychopatii, która by trwała całe życie, nawet nie leczona, nawet bez rozpoznania etiopotologicznego.

W grę wchodzi wychowanie, a zatem środowisko, które określa część układu psychicznego. W 180 przypadkach, zbadanych w ciągu 3 lat przez autora, środowisko było niekorzystne pod względem materialnym lub moralnym.

Dziecięce nerwice charakteru najłatwiej mogą być wyleczone, gdy konflikt jest ostry, kiedy można jeszcze zaradzić społecznie lub psychologicznie. Trudniej natomiast się leczą, gdy konflikt trwa bez przerwy od 4 — 7 lub 10 roku życia do wieku młodzieńczego lub dojrzałego, kiedy zaburzenia mogły się już definitywnie utrwalić.

Autor sądzi, że dziecko o normalnej inteligencji, uważane za aspołeczne, ponieważ protestuje przeciw moralności, którą chce się w nie siłą wpoić, posiada często silne poczucie absolutnej sprawiedliwości, której agresywność jest tylko symbolem i demonstracją. Jednostka o normalnej inteligencji nie jest właściwie pozbawiona poczucia moralnego.

Należy rozróżnić pseudoanestezję moralną nabytą od anestezji schizofrenicznej lub nawet schizoidalnej.

Pojęcie pozostałości dziecięcej nerwicy charakteru lub nerwicy utrwalonej, dającej się wyleczyć — jest broniona w Szwajcarii przez *Repond, Beno, Bovet, Bersot* — ma znaczenie indywidualne i społeczne o wiele bardziej owocne, niż faktyczne pojęcie psychopatii konstytucjonalnej. Możliwość leczenia we wczesnych okresach wymaga profilaktyki społecznej dzieciństwa.

Autor w pracy swej starał się obalić ramy klasyfikacji symptomatologicznej stanów psychopatycznych zwanych konstytucjonalnymi.

Wiele zespołów zaliczanych do psychopatii konstytucjonalnych, należy zaliczyć do ukrytych postaci lekkich schizofrenii, psychoz cyklinicznych lub epilepsji; oligofrenie powinny być wyłączone nawet wtedy, gdy towarzyszą im zaburzenia

afektywne. Część psychopatii należy do kategorii internistycznych zaburzeń hormonalnych, neuro-wegetatywnych, endotoksycznych, neuro-bakteriologicznych itd.

Przypadki pozostałe nie mają nic zasadniczo konstytucjonalnego. Predyspozycje, wrażliwość, należą do zmian indywidualnych powszechnych. Objawy psychopatyczne są wynikiem wpływów środowiska. Są to więc stany nabyte. Dziecięce nerwice charakteru rozpoczynają się tak wcześnie, że zaburzenia, a przede wszystkim pozostałości, mogą wydawać się dziedziczne, albo konstytucjonalne. Należy unikać nomenklatury objawów, ponieważ ten sam objaw może być wywołany przez różne przyczyny psychiczne lub fizyczne. Objawy powinny być uporządkowane na podstawie ich pochodzenia, jeśli to jest możliwe. W przypadkach wątpliwych można spróbować metody synoptycznej *Meili'ego, Leconte'a* i *Marty'ego*. Pojęcie możliwości leczniczych w stanach uważanych niegdyś za konstytucjonalne (pod warunkiem, że wcześnie rozpoznane są leczone) ma większe znaczenie społeczne i profilaktyczne, niż pesymistyczna doktryna niezmiennych konstytucji.

F. Zakrzewska

O. A. WILL, F. C. REHFELDT, M. A. NEUMANN

WYPADKI ZGONU PRZY LECZENIU ELEKTROWSTRZĄSOWYM

(The Journal of Nervous and Mental Disease, 1948, 107)

Rozpowszechnienie elektrowstrząsów jako metody leczniczej powoduje konieczność donoszenia o wszelkich komplikacjach powstałych w wyniku tego leczenia. Jest ono wybitnie skuteczne w leczeniu depresji i niektórych stanów inwolucyjnych, nie wyjaśniono jednak dotychczas: a) jaki jest % nawrotów w stosunku do przypadków nie leczonych (w schizofrenii)? b) czy wstrząsy powodują nieodwracalne uszkodzenia organiczne kory mózgowej?

Badania doświadczalne na zwierzętach *(Alexander i Löwenbeck)*, przemijanie zaburzeń pamięci u ludzi *(Nusbaum i Osgood, Meduna)*, przemijanie zmian elektroencefalograficznych *(Kalinowski i Hoch)* świadczą, że elektrowstrząsy powodują raczej zmiany czynnościowe. *Masovich* wykazał, że dyzrytmia EEG trwa dłużej po wielkiej ilości wstrząsów. Dlatego autorzy na ogół nie stosowali więcej niż 15 wstrząsów. Używanie kurary zmniejsza możliwość i % złamań — jest jednak przeciwwskazane przy zmianach w układzie krążenia.

Trudno jest ustalić procent zgonów przy elektrowstrząsach. *Kalinowski* donosił o 2000 przypadków bez zgonu. *Kalb* i *Vogel* mówią, że przy wielkim materiale o 0,06%, podczas gdy dla cardiazolu — 0,1% a dla insuliny 0,6% zgonów. W szpitalu autorów na 1000 przypadków był 1 wypadek śmierci.

Autorzy zebrali z literatury 33 przypadki zgonów, w tym: Mężczyzn 13, kobiet 7, płeć nieznana 13. Wiek w 8 przypadkach był nieznany. Z 25 — 21 ponad 40 lat, 15 ponad 50 lat, 7 ponad 60 lat. U 4 pacjentów stosowano przed zabiegiem kurarę.

Ilość wstrząsów nie była określona w 8 przypadkach. 8 zmarło po pierwszym napadzie drgawkowym, 2 po drugim, 2 po trzecim, 1 po piątym, 2 po szóstym, 1 po ósmym, 2 po dwunastym, 1 po trzynastym, 1 po szesnastym, 1 po dziewiętnastym, 1 po trzydziestym, 1 po czterdziestym szóstym, 1 po przeszło sześćdziesięciu, 1 wreszcie po 19 *petit mal* bez napadów drgawkowych.

3 pacjentów było uprzednio leczonych insuliną lub cardiazolem. Śmierć nastąpiła w czasie lub zaraz po zabiegu w 15 przypadkach, w 6 przypadkach nastąpiła wkrótce po zabiegu i wydawała się jego lub jego powikłań skutkiem. O 5 przypadkach pisano, że powstały skutkiem leczenia, brak jednak bliższych szczegółów. Brak daty w 2 przypadkach zgonu. Z tych 33 przypadków śmierci tylko 26 może być zatem uważane za wynik elektrowstrząsu.

W 7 przypadkach brak danych co od bezpośredniego powodu śmierci, z pozostałych 26 — 10 przypadą na ostrą niedomogę krążenia, 2 na przewlekłą niedomogę krążenia (1 — 5 mies.), 2 na zaburzenia oddechowe natychmiast po wstrząsie, 2 nagłe zgony po wstrząsie o mechaniźmie niejasnym, 2 na *status epilepticus* (brak autopsji), 4 nagłe zgony, 1 zator tłuszczowy, 2 krwotok z tarczycy, 3 guz mózgu plus krwotoczki mózgowe plus zwiększone ciśnienie wśródczaszkowe, 4 uszkodzenie układu wegetatywnego, pozostałe przypadki były niecharakterystyczne — złamanie miednicy i zgon na gruźlicę w 6 mies. później, *pneumonia* (zgon po 16 dniach), posocznica (w 3 miesięce po wstrząsach).

Autopsje przeprowadzone w 16 przypadkach wskazywały, że nie było zgonów, które mogły być definitywnie przypisane zmianom w centralnym układzie nerwowym, wywołanym przez przejście prądu elektrycznego. W 8 przypadkach znaleziono zmiany w mózgu, które być może były wywołane przejściem prądu lub zaburzeniami krążenia wskutek wstrząsów, ale zmiany te nie były przyczyną śmierci. Zatory tłuszczowe w mózgu znaleziono w jednym przypadku, miażdżycę naczyń mózgu w 2 przypadkach, zanik kory w 1 przypadku. Mózg wydał się normalny w 3 przypadkach. W przypadku autorów zmiany mózgu: obrzęk, zmiany komórkowe nie mogą być na pewno łączone ze wstrząsem.

Z wniosków autorów wynika: 1. konieczność dokładnego badania stanu cielesnego pacjentów przed zabiegami. 2. pomimo małej śmiertelności nie można uważać wstrząsów za zabieg nieszkodliwy. 3. wstrząsy powodują przemijające zmiany w mózgu. 4. zastąpienie wstrząsami szczegółowego badania psychiatrycznego może zahamować postęp nauki. 5. elektrowstrząsami należy leczyć depresję i niektóre stany inwolucyjne, oraz wybrane przypadki schizofrenii, w których nie można spodziewać się poprawy przy leczeniu indywidualnym. Czy obecne zastosowanie wstrząsów jest usprawiedliwione — okaże się z katamnez leczonych pacjentów po latach. 6. część obecnego entuzjazmu dla wstrząsów pochodzi z faktu ich przydatności w szpitalach, gdzie indywidualna psychoterapia jest niemożliwa. Koszty hospilitalizacji i brak łóżek psychiatrycznych również przemawiają za wstrząsami stosowanymi ambulatoryjnie. Te korzyści realne (ekonomiczne) są nie do pogardzenia.

Ostateczny sąd jednak o wartości metody będzie mógł być wydany w warunkach dobrego doboru pacjentów, go zgłębieniu wszystkich powikłań i dopiero po dokonaniu katamnez uleczonych chorych za szereg lat.

B. A.

TADEUSZ BILIKIEWICZ

LA MÉMOIRE ET LA CONSCIENCE

L'auteur s'efforce d'elucider la vraie nature de la mémoire et de la conscience et, en même temps, de résoudre le problème psychophysique en prenant pour base acquisitions de la nouvelle psychophysiologie d'une part et celles des observations psychologiques d'une autre. Il considère la conscience comme le commencement du procès mnémique et vice versa, la mémoire comme la fixation du courant de la conscience. Le problème psychophysique doit être compris comme la transformation de la conscience en mémoire. La mémoire ainsi formée est adaptable à l'examen l'expérimental, car les phenomènes de la mèmoire forment le fonds de tous les procès vitaux. Nous voyons même au plus bas degré philogénétique la soi—dite „mnemosyneidesis", c'est à dire le passage du courant de la conscience, subit par le moi au procès mnémique. La solution du problème psychophysique doit être recherchée dans le domaine de ces phénomènes èlémentaires, même chez l'homme chez qui le moi, la conscience et la production des données mnémiques sont liés avec le tronc cérébral et non pas avec l'écorce cérébrale, ni surtout avec l'organe frontal qui est au point de vue philogénétique la partie la plus jeune du cerveau. La solution de ces problèmes depend de la synthèse des résultats de l'observation immédiate (subjective) et des recherches objectives concernant les phénomènes mnémiques.

STANISŁAW CWYNAR

AN ATTEMPT AT THE SYNTHETIC COMPREHENTION OF THE MECHANICS OF THE REACTION OF MENTAL PATIENTS TO ELECTROSHOCKS, BASED ON THE OBSERVATION OF MENTAL PATIENTS IN HE MENTAL HOSPITAL IN WILNO FROM 1940 TO 1945.

The author attempts to explain the mechanism of the reaction of patients mental condition to electroshocks.

He assumes that all mental activities which are manifested in the mental

life of man, show in a certain phase of their course, alternate stimulation and restraint.

The state of mental disease is dependent on the pathological changes in the capacity for stimulation or restraint, and its external manifestations are to be seen in the excitment or apathy of the patient.

The author gives a diagram illustrating the dependence of the state of the disease on those pathological changes.

Next the author stresses the observation that as a rule, the mental patients treated wiht electroshocks become quiet if they are excited and enlivened if they are apathetic.

The author considers together the assumption that every manifestation of mental activity is simulation or restraint and secondly the observation that mental reaction to electroshocks in over excitment as well as in great restraint is positive. He comes to the conclusion that electroshocks, by temporarily paralising the pathologically changed capacity for stimulation and restraint, results first in momentary, and after a few treatments, in more and more permanent equilibrium of these functions, that is in the improvement of the mental state of the patient.

As a helping factor he assumes the natural tendency of the patient to his mental norm, that is health. This tendency has more chance of dominantion et during the treatment with electroshocks thanks to the paralysis of unbalanced stimulation and restraint, an improvement, if even momentary is attained. The tendency to the norm, or as the author calls it, normothropy, is more marked in adults than in young people, whose individuality is not yet crystali sed and who do not, yet know their norm. As a secondary factor assisting in the treatment of young people with electroshocks, the author recommends careful and intelligent psychotherapy.

STANISŁAW SWIERCZEK

LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRENIE PAR LE CARDIAZOL EN DEHORS DE L'HÔPITAL

Les travaux de l'auteur ont confirmé l'opinion de la majorité des psychiatres, que le traitement cardialogue n'est pas dangereux si on l'applique avec précaution. L'auteur l'a employé pendant l'occupation dans son cabinet à la compagne. Parmi les 24 malades traités ainsi par lui, il y acu un cas

de dépression d' inidution, 2 cas de psychose maniaco-dépression, les autres étaient de schizophrenique. Il a obtenu la guérison (pendant une periode ne depassant pas 6 mois) dans 7 cas, dans tous les autres, exception faite des malades ayant interrompu le traitement, une amélioration. Malgré les mauvaises conditions les résultats du traitement étaient pareils à ceux obtenus par l'auteur à l'hôpital d'Owińska avant la guerre. Il n'a pas constaté de complications. L'auetur pense, que cette therapie doit être employée a l'hôpital et ce n'est qu'à cause de conditions exceptionelles (à la campagne pendant le guerre) de son application qu'il publie ce travail. Ainsi pour la raison, que dans la bibliographie dont il peut disposer, il n'a pas trouvé du travail à ce sujet.

EUGENIUSZ WILCZKOWSKI

PROBLÈMES PATHOPHYSIOLOGIQUES DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES RÉACTIFS

L'Auteur présente ses essais de lier les troubles psychiques réactifs à l'organisme par voie de considérations concernant les processus pathophysiologiques. Il se base sur la théorie physiologique des sentiments de *Jan Mazurkiewicz* et sur la théorie de l'évolution et de la dissolution de l'activité psychique selon le même auteur.

L'Auteur admet en particulier que le système végétatif est une base physiologoqie des processus affectifs: dans les centres sous - cortocaux — pour l'affectivité instinctive et dans l'éqorce cérébrale — pour la haute affectivité acquise. Il appartient à la vie affective d'évaluer la situation vitale au point de vue de la valeur biologique gu'elle présente pour l'organisme et de diriger la conduite de l'individu.

En vue de ses indications l'Auteur propose les conceptions suivantes:

1. Dans la pathophysiologie des troubles réactifs tant psychiques que somatiques le système végétatif est intéressé en premier lieu et tout particulièrement le système végétatif de l'écorce cérébrale.
2. Il semble que les symptômes se rapportant à d'autres systèmes, en particulier au système gnostique et au système motrique tant dans les états psychotiques que dans les troubles somatiques, sont des phénomènes secondaires. Ceci concerne également les symptômes périphériques dans le domaine du système vègètatif.

3. Les troubles réactifs psychiques ou somatiques sont liés aux symptômes de dissolution, tout spécialement dans le domaine de la vie affectieve, ce qui au point de vue de la pathophysiologie répond à l'inhibition des fonctions du système végétatif tans ses parties les plus haut placées et particulièrement dans la région de l'écorce frontale.
4. La source des symptômes morbides réactifs se trouve dans les parties hiérarchiquement plus bas placées du système végétatif de l'écorce cérébrale et le plus souvent dans ces parties qui dirigent la pensée prélogique. Les symptômes réactifs se réalisent dans différents systèmes; et ils se manifestent au niveau de l'écorce cérébrale sous forme de troubles psychiques et dans les parties inférieures du système nerveux sous forme de troubles somatiques.

380